B R O U I L L O N

SYSTEME DE MESURE DU TRAVAIL

POUR LES TRAITEMENTS D'ERGOTHERAPIE

Document à l'usage des établissements,
préalable à la publication de
Statistique Canada

JANVIER 1985

Canada

Health and Welfare Canada
Health Services and Promotion Branch

Santé et Bien-être social Canada
Direction générale des services et de la promotion de la santé

87-00556/

PROGRAMME NATIONAL D'AMELIORATION
DE LA PRODUCTIVITE DANS LES ETABLISSEMENTS

SYSTEME DE MESURE DU TRAVAIL

POUR LES TRAITEMENTS D'ERGOTHERAPIE

Le programme national d'amélioration de la productivité dans les établissements est un programme fédéral-provincial conjoint, à frais partagés, dirigé par le Sous-comité fédéral-provincial sur l'amélioration de la productivité, sous l'égide du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement.

UN MECANISME A ETE ELABORE AFIN D'ASSURER LA SURVEILLANCE, L'INTERPRETATION ET LA MISE A JOUR CONTINUELLE DU SYSTEME DE MESURE DU TRAVAIL POUR LES TRAITEMENTS D'ERGOTHERAPIE. POUR ASSURER L'INTEGRITE DU SYSTEME, VEUILLEZ NE PAS LE MODIFIER. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS A POSER AU SUJET DU CONTENU DU PRESENT GUIDE OU DE L'APPLICATION DU SYSTEME DANS UN CONTEXTE PARTICULIER, VEUILLEZ ECRIRE A L'ADRESSE SUIVANTE:

Système de mesure du travail
- Ergothérapie
Section de la statistique des établissements
Division de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0Z5

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier l'Association américaine d'ergothérapie Inc., qui nous a autorisé à utiliser la "Uniform Terminology For Reporting Occupational Therapy Services", en ce qui concerne la prestation des soins.

TABLE DES MATIERES

		Page
1.	GENERALITES	1
1.1	Etat de la question	1
1.2	Sous-comité sur l'amélioration de la productivité	2
1.3	Systèmes de mesure du travail - Méthodes et objectifs	2
1.4	Révisions futures	3
2.	LE SOUS-COMITE FEDERAL-PROVINCIAL SUR L'AMELIORATION DE LA PRODUCTIVITE	5
2.1	Attributions	5
2.2	Membres	5
2.3	Organigramme	8
3.	INTRODUCTION	11
4.	CARACTERISTIQUES DU SYSTEME	13
5.	LE SYSTEME DE BASE	15
5.1	Méthodes de mesure et d'inscription des données	16
5.1.1	Unités de temps	16
5.1.2	Catégories	16
5.1.3	Journée de traitement	18
5.1.4	Qui doit faire les inscriptions?	18
5.1.5	Inscriptions spéciales	19
5.2	Méthode de calcul du travail en ergothérapie	22
5.3	Modèle de formulaire d'inscription	23
5.4	Indicateurs	24
6.	LE SYSTEME ELARGI	29
6.1	Options en vue de l'élargissement du système	29

Page

7. GUIDE DU GESTIONNAIRE 35

7.1 Rapports sur les données relatives à la charge de travail 37

7.2 Indicateurs 39

8. ANNEXES 49

8.1 Glossaire 51

8.1.1 Termes relatifs aux indicateurs 51
8.1.2 Prestation de soins ergothérapiques 58
8.1.3 Tâches autres que la prestation des soins 66

8.2 Modèles de formulaires 70

8.3 Table de conversion du coefficient de pondération moyen en taille moyenne du groupe 74

8.4 Liste des ouvrages recommandés 75

1. GENERALITES

1.1 Etat de la question

Les établissements sont des organisations complexes dont le personnel nombreux et les activités variées rendent la gestion et la surveillance difficiles. De plus, lorsque les coûts s'accroissent en période de restrictions financières, la mesure du travail revêt une grande importance pour les administrateurs et les chefs de service des établissements, tout comme pour les gouvernements. C'est dans cette perspective que nous avons élaboré des systèmes d'inscription et d'information systématiques au sujet du volume du travail dans divers domaines et services spécialisés, afin d'obtenir une mesure uniforme et fiable qui puisse faciliter la dotation en personnel, l'établissement des budgets, la planification, le processus d'assurance de la qualité des soins, etc.

Il faut disposer de données sur les activités des travailleurs de la santé pour faire en sorte que les ressources soient distribuées et utilisées comme il convient. A cette fin, on a déployé des efforts importants pour élaborer des systèmes appropriés de mesure du travail. La mesure du travail dans les établissements canadiens remonte à 1931, au moment où une législation fédérale a imposé à tous les établissements d'inscrire et de communiquer les données relatives à leurs activités. Par la suite, on a obtenu le concours des associations professionnelles pour élaborer des systèmes de mesure du travail dans leur spécialité. L'Association canadienne des pathologistes a été la première association professionnelle à collaborer avec le Bureau fédéral de la statistique (Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada) pour élaborer un système de mesure du travail en laboratoire, entré en vigueur en 1954.

La version de 1985-1986 du Système canadien de mesure du travail pour les traitements d'ergothérapie est le résultat de nombreuses années d'expérience et de progrès, comme vous le constaterez à la lecture de ce document.

Avant 1971, les seules données statistiques recueillies sur les traitements d'ergothérapie dans les établissements étaient le nombre de visites des bénéficiaires. Dans les années soixante, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) avait collaboré avec l'Association canadienne des physiothérapeutes, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada pour élaborer un système de mesure du travail plus étendu.

Grâce à la liste des valeurs unitaires pour les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie introduite en 1971, on pouvait désormais enregistrer les bénéficiaires traités, la durée du traitement (unités de temps) et le degré de participation du personnel (unités pondérées). Les données obtenues ne mesuraient que le temps consacré aux soins directs.

En 1977, un guide séparé pour la physiothérapie a été publié, suivi d'un guide pour l'ergothérapie, en 1979. Ces guides visaient à relier plus précisément les valeurs unitaires aux aspects uniques de chaque discipline, et comprenaient une partie sur le calcul et l'utilisation des indicateurs du rendement en tant qu'outils de gestion.

Au début des années quatre-vingt, les commentaires formulés par les sociétés provinciales d'ergothérapie et le Comité national d'experts-conseils (ACE) faisaient nettement ressortir la nécessité de réviser le système pour tenir compte des nouveaux besoins des gestionnaires et des administrateurs des services d'ergothérapie, ainsi que des responsables des gouvernements provinciaux. En 1982, le conseil d'administration de l'ACE a approuvé une révision en bonne et due forme du système actuel de mesure du travail. Au début de 1983, avec l'aide de Santé et Bien-être social Canada, le groupe de travail sur le système de mesure du travail pour les traitements d'ergothérapie a été formé sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur les systèmes de mesure du travail (maintenant appelé Sous-comité fédéral-provincial sur l'amélioration de la productivité). Ce groupe, dont la plupart des membres venaient de l'ACE, comprenait également des représentants de Santé et Bien-être social Canada, de Statistique Canada, et du projet des Systèmes d'information de gestion*.

1.2 Sous-comité sur l'amélioration de la productivité

Ce Sous-comité sur l'amélioration de la productivité relève du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement qui, à son tour, rend compte à la Conférence des sous-ministres de la santé. Ce groupe est le produit de la fusion de deux groupes antérieurs: le Sous-comité sur les systèmes de mesure du travail et le Sous-comité sur les méthodes et les lignes de conduite en matière de dotation. Il est chargé de surveiller l'application du programme national d'amélioration de la productivité des établissements, tâche qui comporte actuellement l'élaboration de plusieurs systèmes de mesure du travail et de méthodes de dotation pour divers domaines spécialisés et divers services d'établissements (se reporter à la partie 2 pour une description plus détaillée de ce groupe).

1.3 Systèmes de mesure du travail - Méthodes et objectifs

Les systèmes de mesure du travail et les méthodes de dotation visent deux objectifs. Premièrement, une méthode uniforme de relevé du travail constitue pour Statistique Canada un système utile qui lui permet d'établir diverses comparaisons statistiques à l'échelle nationale. Certaines ins-

---

* Voir la liste des ouvrages recommandés pour de plus amples détails sur le projet de Systèmes d'information de gestion.

tances provinciales établissent des comparaisons de groupes homologues tous les trimestres.

Deuxièmement, la méthode permet de quantifier de façon systématique et uniforme le travail et les activités dans un certain domaine ou service spécialisé, ce qui aide le gestionnaire à planifier, à programmer, à établir les budgets et à surveiller les opérations. La méthode permet également de dégager toute une série d'indicateurs de rendement basés sur une combinaison de données disponibles sur le travail, les finances et l'utilisation.

Actuellement, deux méthodes sont employées dans l'élaboration des systèmes canadiens de mesure du travail:

(i) La méthode d'inscription du temps moyen consiste à inscrire des valeurs unitaires prédéterminées pour des activités, des interventions ou des examens, d'après des temps moyens tirés d'une série d'études sur les durées de travail.

(ii) La méthode d'inscription du temps réel consiste à inscrire le temps effectivement passé par le personnel à des activités comptabilisées en unités. C'est cette méthode qui est employée dans le Système canadien de mesure du travail pour les traitements d'ergothérapie. Le choix de la méthode dépend de la nature du travail accompli dans un domaine ou service spécialisé en particulier. En fait, certains systèmes de mesure du travail peuvent utiliser une combinaison des deux méthodes, créant ainsi un système hybride.

1.4 Révisions futures

Chaque système de mesure du travail est conçu de manière à être assez souple pour tenir compte des nouveautés technologiques et des progrès dans les traitements, et aussi de façon à permettre d'élargir l'application du système. Habituellement, un groupe d'utilisateurs est formé pour surveiller le système et pour recommander des changements au fur et à mesure des besoins.

2. LE SOUS-COMITE FEDERAL-PROVINCIAL SUR L'AMELIORATION DE LA PRODUCTIVITE

Comme on l'a mentionné dans la section précédente, plusieurs groupes de travail relèvent du Sous-comité sur l'amélioration de la productivité, lesquels se penchent soit sur l'élaboration, soit sur la révision d'un système particulier de mesure du travail.

Les sections suivantes précisent le mandat du sous-comité relativement aux groupes de travail; on y trouve aussi une liste des membres et un organigramme de la structure dans laquelle s'inscrit le sous-comité.

2.1 Attributions

Le Sous-comité sur l'amélioration de la productivité est chargé de diriger et de coordonner le programme permanent d'amélioration de la productivité des établissements, établi en collaboration par les gouvernements fédéral et provinciaux.

Le programme porte en particulier sur l'élaboration, la promotion, l'évaluation, la mise à jour et le financement des systèmes de mesure du travail et des méthodes de dotation. D'autres fonctions entrent également dans les attributions du sous-comité: liaison avec les associations professionnelles, et préparation, mise à l'essai et mise en oeuvre des systèmes de mesure du travail sur le terrain, publication des documents connexes et formation.

Santé et Bien-être social Canada est chargé de la coordination de tout le programme. Statistique Canada fournit des statistiques à l'échelle nationale par le biais des "Rapports annuels des établissements de soins spéciaux" et du "Programme de renseignements hospitaliers trimestriels".

Ce comité est un comité permanent du Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

2.2 Membres

Le comité comprend des représentants de Santé et Bien-être social Canada, des ministères provinciaux de la santé, de l'Association des hôpitaux du Canada, du Toronto Institute of Medical Technology, de Statistique Canada et du projet des Systèmes d'information de gestion.

SOUS-COMITE FEDERAL-PROVINCIAL
SUR L'AMELIORATION DE LA PRODUCTIVITE

M. Donald F. Moffatt (président)
Directeur
Services en établissement et services professionnels
Direction des Services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

R. Thelma Cameron
Director of Hospital Standards and Administration
Hospital Services Commission
CHARLOTTETOWN (I.-P.-E.)

M. Glen E. Chapman
Executive Director
Brandon General Hospital
BRANDON (Manitoba)

M. Norm Dawson
Analyste principal
Section de la statistique des établissements
Division de la santé
OTTAWA (Ontario)

Dr W.A. Dorsett
Acting Associate Director of Hospital Services
Saskatchewan Hospital Services Plan
REGINA (Saskatchewan)

M. Louis de G. Fournier
Chef
Section de la statistique des établissements
Division de la santé
Statistique Canada
OTTAWA (Ontario)

M. Don Harriman
Coordonnateur des services et normes des hôpitaux
Ministère de la Santé
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)

Mlle Moira Hennessey (1)
Consultant
Hospital Services Division
Department of Health
ST. JOHN'S (Terre-Neuve)

*M. Stephen K. Jensen
Assistant Executive Director
Camp Hill Hospital
HALIFAX (Nouvelle-Ecosse)

M. M.H. Lamb, Director
Institutional Operations Branch
Alberta Hospitals and Medical Care
EDMONTON (Alberta)

Mme B. Lowry (4)
Directeur
Projet des systèmes d'information de gestion
Association canadienne des hôpitaux
OTTAWA (Ontario)

M. Neal Ludlow (2)
Director of Hospital Services Division
Department of Health
St. JOHN'S (Terre-Neuve)

Dr H.H. Rubarth
Expert-conseil de l'administration
Services en établissement et services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

* Représente le département de santé de la Nouvelle-Ecosse

Dr D. Schatz
Executive Director
Toronto Institute of Medical Technology
TORONTO (Ontario)

Mme Linda Senzilet (3)
Membre de l'équipe des services diagnostiques et thérapeutiques
Projet des systèmes d'information de gestion
Association canadienne des hôpitaux
OTTAWA (Ontario)

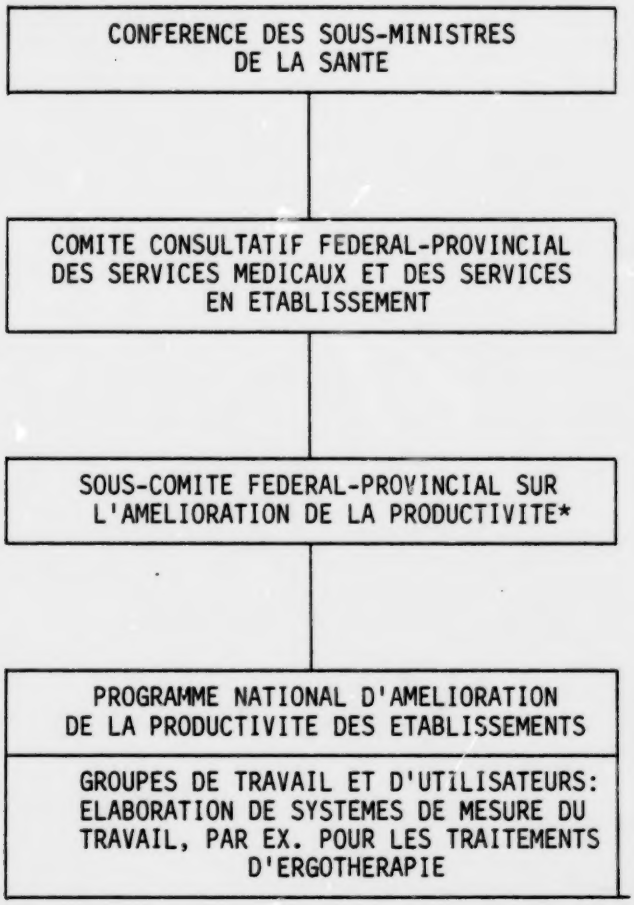
M. Bob Siemens (4)
Director, Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG (Manitoba)

M. Malcom Walker
Director
Institutional Operations Branch
Ontario Ministry of Health
TORONTO (Ontario)

M. John Watts
Manager
Management Engineering Service
Professional and Institutional Services
Ministry of Health
VICTORIA (Colombie-Britannique)

(1) jusqu'en septembre 1984
(2) à partir de septembre 1984
(3) jusqu'en septembre 1984
(4) à partir de septembre 1984

2.3 Organigramme



---

* Coordination du programme assurée par:

La Direction des services de la santé,
Santé et Bien-être social Canada

GROUPE DE TRAVAIL - SYSTEME DE MESURE DU TRAVAIL POUR LES TRAITEMENTS D'ERGOTHERAPIE

Mme Donna Campbell (présidente)
Présidente en 1983 de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)
Directrice du Service d'ergothérapie
Ottawa Civic Hospital
OTTAWA (Ontario)

M. Terry Albert
Gestionnaire de projets
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. Norman Dawson
Analyste principal
Section de la statistique des établissements
Division de la santé
Statistique Canada
OTTAWA (Ontario)

Mme Nancy DeCock
Alberta Association of Registered Occupational Therapists
Coordinator, Occupational Therapy
Edmonton General Hospital
EDMONTON (Alberta)

Mme Margaret Hahn
Expert-conseil en administration
Comité national des experts-conseils et des experts cliniques de l'ACE
Director of Occupational Therapy
Health Sciences Centre
WINNIPEG (Manitoba)

Dr Hans Rubarth
Expert-conseil de l'administration
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

Mme Linda Senzilet
Membre de l'équipe des services diagnostiques et thérapeutiques
Projet des systèmes d'information de gestion
OTTAWA (Ontario)

Mme Madeleine Shaw
Expert clinique, Administration
Comité national des experts-conseils et des experts cliniques de l'ACE
Directrice, Ergothérapie
Hôpital Royal Victoria
MONTREAL (Québec)

Mme Anne Strickland
Occupational Therapy Consultant
Ontario Ministry of Health
Institutional Division
TORONTO (Ontario)

L'évaluation et la mise à jour du guide précédent ont été réalisées par le groupe de travail sur le système de mesure du travail pour les traitements d'ergothérapie. Les révisions faites par le groupe forment la base du système de mesure du travail exposé dans le présent guide.

3. INTRODUCTION

Ce système révisé tient compte de la diversité des besoins en matière de mesure du travail du personnel des services d'ergothérapie oeuvrant dans toute une variété de milieux hospitaliers. Il peut également être adapté à d'autres applications. Les données générées par ce système font partie d'un système d'information de gestion des services d'ergothérapie, permettant aux gestionnaires de préparer les informations qui leur sont nécessaires et de fournir les rapports demandés par leur administration et par les gouvernements fédéral et provinciaux.

La révision porte sur un système DE BASE et sur un système ELARGI (voir la figure 3-1). On admet qu'il peut ne pas être pratique ou approprié pour un petit service d'utiliser le système ELARGI, plus complet; cependant, celui-ci peut être essentiel à la gestion d'un service plus complexe.

Le système DE BASE comprend maintenant le temps consacré par le personnel à la prestation tant des soins directs que des soins indirects*. Le seul changement à apporter aux Rapports annuels des établissements de soins lorsqu'on utilise le système de base consiste à inclure des statistiques sur les soins indirects. Pour la transmission des rapports nationaux (Rapports annuels des établissements de soins), les services d'ergothérapie des établissements ne sont tenus d'utiliser que le SYSTEME DE BASE.

Le système ELARGI permet aux services qui ont des ressources suffisantes de recueillir des statistiques relatives à la prestation de soins directs et indirects aux bénéficiaires, comme il est précisé dans la section sur la classification et les définitions des soins aux malades. On a donné la classification et la définition des activités autres que la prestation de soins, à l'intention des services qui ont les ressources nécessaires pour surveiller cet aspect du travail.

L'unité de base de mesure du travail n'a pas changé: une UNITE PONDEREE correspond à UNE MINUTE PASSEE PAR LE PERSONNEL A LA PRESTATION DE SOINS AU BENEFICIAIRE. On obtient les unités pondérées en appliquant un coefficient de pondération à la durée du traitement des bénéficiaires qui est inscrite en unité de temps.

Une UNITE DE TEMPS correspond à cinq minutes de traitement reçu par le bénéficiaire.

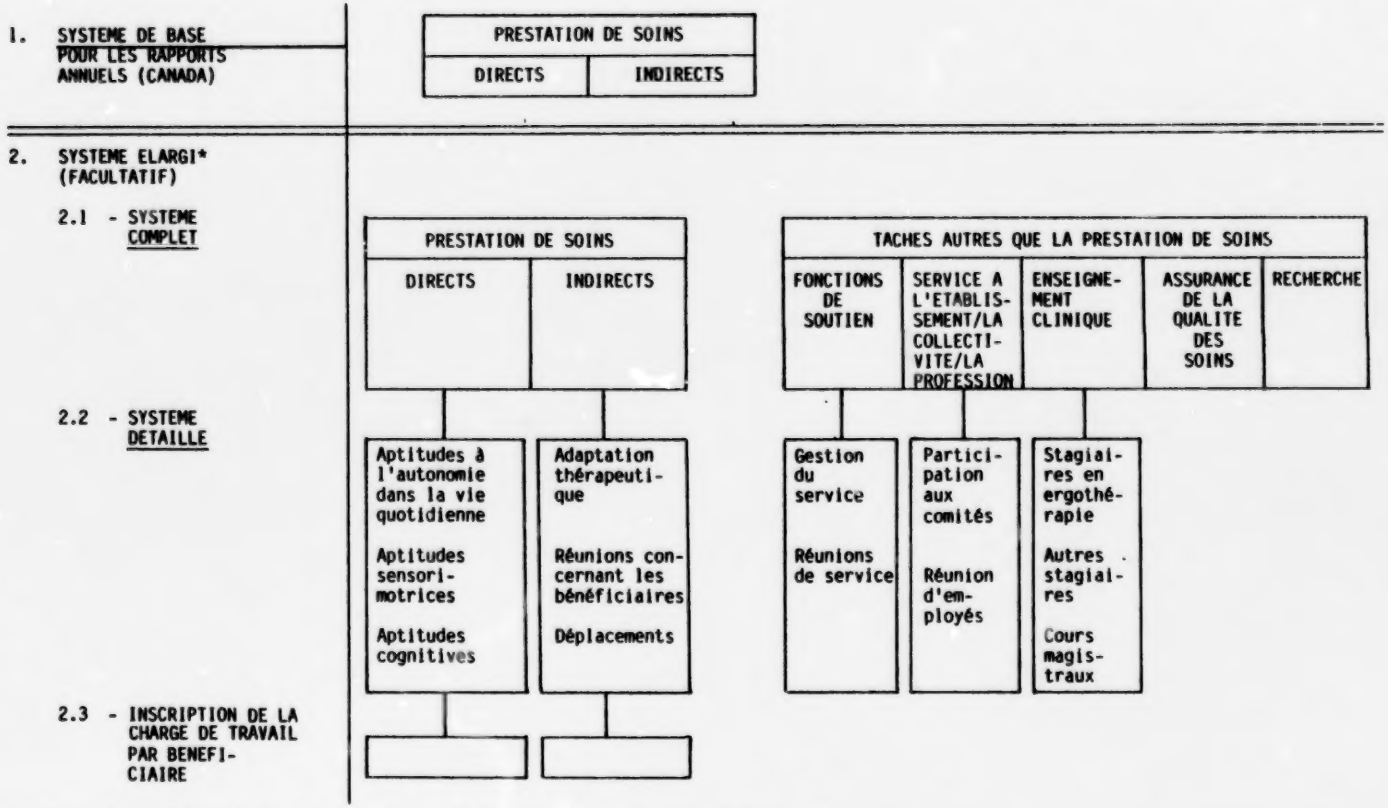
> Seuls les établissements qui emploient des ergothérapeutes diplômés peuvent fournir à Statistique Canada des données sous la rubrique "Ergothérapie" dans le Programme de renseignements hospitaliers trimestriels et les Rapports annuels des établissements de soins.

---

* Voir le glossaire

FIGURE 3-1

MODELE THEORIQUE DU SYSTEME DE MESURE DU TRAVAIL
POUR LES TRAITEMENTS D'ERGOTHERAPIE



* Se reporter à la section 6 pour de plus amples détails sur les possibilités d'expansion.

4. CARACTERISTIQUES DU SYSTEME

4.1 Les soins directs et indirects font partie intégrante du traitement et il faut leur accorder la MEME IMPORTANCE. C'est en additionnant ces deux composantes qu'on obtient le niveau des soins dispensés au bénéficiaire.

4.2 Sauf pour des comparaisons générales entre les unités pondérées de l'ancien système et les unités pondérées relatives aux soins directs du nouveau système, les données recueillies avant la date d'implantation du nouveau système ne sont pas comparables pour les raisons suivantes: a) le nouveau système tient compte de la prestation de soins directs et indirects, et b) le nouveau système propose une nouvelle définition de nombreux aspects de la prestation de soins.

4.3 Ni le SYSTEME DE BASE ni le SYSTEME ELARGI ne sont conçus pour rendre compte de la totalité du temps du personnel. Il peut y avoir du temps non comptabilisé lorsqu'un bénéficiaire est absent ou lorsque le personnel s'adonne à d'autres tâches que la prestation de soins (puisque celles-ci ne sont pas prises en considération dans le système de base), ou encore en raison des déplacements du personnel dans l'établissement, de la fatigue du personnel et des retards.

4.4 La mesure de la charge de travail et l'assurance de la qualité des soins ne sont pas synonymes. Cependant, un bon programme d'assurance de la qualité des soins doit s'appuyer sur une mesure fiable du travail*.

4.5 Etant donné que certains bénéficiaires sont traités plus d'une fois par jour, et que certains d'entre eux sont traités pendant plusieurs heures au cours de la même journée, les chiffres relatifs aux journées de traitement ne doivent être examinés qu'avec d'autres données relatives à la mesure du travail.

4.6 Lorsque le relevé des heures rémunérées des ergothérapeutes qui travaillent dans des secteurs décentralisés incombe à un service d'ergothérapie central, il faut, pour établir les rapports, intégrer les données relatives à la mesure du travail dans ces secteurs à celles du service central.

4.7 On introduit une erreur dans les données en arrondissant les durées du traitement à l'unité de temps la plus proche. Bien qu'en général cette erreur ne soit pas significative, il pourrait en résulter des inexactitudes dans les rapports si l'inscription des unités de temps n'est pas faite avec soin.

---

* Pour obtenir les "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client", on peut s'adresser à la:
Direction des services de la Santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario) K1A 1B4

4.8 Afin d'améliorer la fiabilité des données, les établissements devraient communiquer les données aux gestionnaires aux fins de vérification avant de les faire parvenir aux gouvernements fédéral et provinciaux.

4.9 Ce système a été conçu pour fonctionner de façon indépendante; il peut cependant être intégré à un système complet d'information de gestion dans un établissement.

5. LE SYSTEME DE BASE

AUX FINS DES RAPPORTS STATISTIQUES NATIONAUX, L'EXIGENCE MINIMALE POUR LES SERVICES D'ERGOTHERAPIE DES ETABLISSEMENTS EST D'APPLIQUER LA METHODE DECRITE DANS LA SECTION 5.

Le système de base est conçu pour recueillir et inscrire les données sur les composantes du travail, relativement à la prestation de soins directs et indirects aux bénéficiaires. Bien que, comme on l'a mentionné plus haut, les données générées par le système de base dans tout le Canada sont communiquées à Statistique Canada par le biais des Rapports annuels des établissements de soins, les données sur le travail inscrites quotidiennement doivent faire l'objet d'un rapport périodique à l'échelle de l'établissement.

Comme on l'a mentionné plus haut, les soins directs et indirects font partie intégrante du traitement et il faut leur accorder la même importance. Comme on le verra ci-après, c'est en combinant ces deux composantes qu'on obtient une mesure représentative du traitement reçu par le bénéficiaire.

Traitement du bénéficiaire

A. Soins directs
B. Soins indirects

ENSEMBLE DES SOINS = A + B

Définitions générales des soins
(pour une classification détaillée, voir l'annexe 8.1.2)

A. Soins directs: (présence du bénéficiaire requise)

Interventions planifiées, faisant l'objet d'une évaluation continue, réalisées par un ergothérapeute (ou par un auxiliaire, un technicien, un assistant ou un étudiant sous la surveillance d'un ergothérapeute)*, à des fins d'évaluation, de traitement, de prévention ou de rééducation, auprès d'un bénéficiaire (ou d'un groupe de bénéficiaires) souffrant d'une incapacité fonctionnelle causée par le vieillissement, une déficience congénitale ou acquise, des troubles de l'affectivité, une maladie organique ou une blessure.

---

* Voir les inscriptions spéciales

B. Soins indirects: (présence du bénéficiaire non requise)

Activités exercées dans le but de faciliter ou de compléter l'évaluation ou le traitement d'un bénéficiaire en particulier. En font partie les conversations téléphoniques avec le bénéficiaire lorsque celles-ci sont directement reliées au traitement (mais non celles visant uniquement à fixer des rendez-vous).

5.1 Méthodes de mesure et d'inscription des données

Note: Les unités pondérées sont calculées d'après les unités de temps.

5.1.1 Unités de temps

Une UNITE DE TEMPS correspond à environ cinq minutes de traitement reçu par le bénéficiaire. On s'en sert pour calculer le temps consacré par le personnel (unités pondérées) à la prestation de soins. (Voir la section 5.2.)

On inscrit quotidiennement, pour chaque bénéficiaire, le nombre d'UNITES DE TEMPS de traitement reçu par le malade. La totalité du temps consacré à la prestation de soins aux malades par le personnel du service d'ergothérapie doit faire l'objet d'une inscription.

Dans toutes les catégories, la période est arrondie au multiple de cinq minutes le plus proche; on ne tient pas compte des fractions, par ex.:

3-7	minutes =	1 unité de temps
8-12	minutes =	2 unités de temps
13-17	minutes =	3 unités de temps
18-22	minutes =	4 unités de temps

5.1.2 Catégories

Les unités de temps sont inscrites pour chaque bénéficiaire selon le traitement reçu et la surveillance exercée sur ce traitement. Ces unités de temps de traitement sont recueillies et pondérées selon le degré de surveillance requis, c'est-à-dire que chaque catégorie d'unités de temps a reçu un coefficient de pondération qui permet la conversion du temps de traitement en temps du personnel (voir la section 5.2). Les unités de temps réparties selon le degré de surveillance exercé se rangent dans les catégories suivantes:

A. Soins directs

I - 1 BENEFICIAIRE

Lorsque le membre du personnel traite un bénéficiaire, chaque période de cinq minutes de traitement reçu correspond à une unité de temps.

II - 2 ou 3 BENEFICIAIRES

Lorsque le membre du personnel traite ou surveille 2 ou 3 bénéficiaires à la fois, chaque période de cinq minutes de traitement reçu par chacun des bénéficiaires correspond à une unité de temps.

III - DE 4 à 6 BENEFICIAIRES

Lorsque le membre du personnel traite de 4 à 6 bénéficiaires à la fois, chaque période de cinq minutes de traitement reçu par chacun des bénéficiaires correspond à une unité de temps.

IV - DE 7 à 9 BENEFICIAIRES, comme ci-dessus.

V - DE 10 à 12 BENEFICIAIRES, comme ci-dessus.

*VI - DE 13 à 18 BENEFICIAIRES, comme ci-dessus.

*VII - DE 19 à 24 BENEFICIAIRES, comme ci-dessus.

*VIII- DE 25 à 30 BENEFICIAIRES, comme ci-dessus.

B. Soins indirects

I - Dans le cas de soins indirects, l'ergothérapeute doit inscrire le temps consacré à ces tâches en unités de temps, sous la rubrique des soins indirects.

---

* On suppose qu'un programme collectif dépassant 12 bénéficiaires ne serait pas surveillé par un seul ergothérapeute. Ces catégories ne sauraient donc être utilisées par l'ergothérapeute qu'à l'occasion d'une séance de traitement multidisciplinaire.

5.1.3 Journée de traitement

Il ne faut inscrire une journée de traitement que lorsque le bénéficiaire a reçu des soins directs ce jour-là.

Un seul jour de traitement peut être inscrit par bénéficiaire et par période de 24 heures, même si le bénéficiaire peut:

a) suivre des traitements d'ergothérapie au service plus d'une fois par jour;

b) être traité dans l'unité des bénéficiaires hospitalisés plus d'une fois par jour;

c) être traité à la fois au service et dans l'unité des bénéficiaires hospitalisés durant la même journée;

d) être traité le même jour dans plusieurs secteurs du service, par plusieurs membres du personnel.

Note: Si le bénéficiaire n'a reçu que des soins indirects dans une journée donnée, aucun jour de traitement n'est inscrit pour ce bénéficiaire ce jour-là. Il faut toutefois toujours inscrire les unités de temps pour les soins indirects.

5.1.4 Qui doit faire les inscriptions?

C'est à tous les ergothérapeutes diplômés*, ainsi qu'à tous les autres membres du personnel et aux stagiaires prodiguant des soins qu'il incombe d'inscrire les données sur le travail.

Assistants, techniciens et auxiliaires

Dans le cas où un assistant, un technicien ou un auxiliaire vient en aide à un ergothérapeute diplômé pour dispenser des soins à un bénéficiaire, lui-même, ou l'ergothérapeute responsable, doit inscrire les données sur son travail.

Transport des bénéficiaires

Il ne faut pas inscrire d'unités de temps pour le transport des bénéficiaires.

---

* Voir le glossaire

Stagiaires et internes en ergothérapie

Si un stagiaire ou un interne traite un bénéficiaire seul, sous la surveillance d'un ergothérapeute diplômé, lui-même ou l'ergothérapeute doit inscrire les unités de travail. Si un stagiaire et un membre du personnel du service traitent ensemble un bénéficiaire ou un groupe de bénéficiaires, et si le traitement du bénéficiaire exigerait normalement la présence de deux membres du personnel, les deux doivent inscrire les unités de travail pour le traitement. Dans le cas d'un ergothérapeute qui observe un stagiaire, le stagiaire inscrit les unités pour les soins dispensés. L'ergothérapeute peut inscrire son temps sous la rubrique ENSEIGNEMENT CLINIQUE, si le système élargi est utilisé.

Soins dispensés par d'autres membres du personnel

Lorsque d'autres membres du personnel assurant des soins aux bénéficiaires, par exemple des spécialistes de la thérapie artistique ou des récréologues, sont inclus dans le budget du service, mais ne contribuent pas directement au programme d'ergothérapie, les données sur leur travail doivent être inscrites et doivent faire l'objet de rapports séparés (elles ne font pas partie du total relatif à l'ergothérapie).

Note: Les bénévoles n'inscrivent pas d'unités de temps.

5.1.5 Inscriptions spéciales

(a) Inscription du temps consacré aux tournées des cliniques et des salles d'établissement

Il faut inscrire la totalité du temps passé avec un médecin faisant la tournée d'une clinique ou d'une salle d'établissement, que l'ergothérapeute soit présent pour représenter un bénéficiaire qui figure sur la liste des bénéficiaires en cours de traitement d'ergothérapie, ou pour examiner, avec le médecin, des personnes qui pourraient avoir besoin d'un programme de traitement d'ergothérapie.

Le temps total consacré à cette activité doit être inscrit en unités de temps dans la catégorie I (soins directs) ou dans la catégorie des soins indirects (selon que le(s) bénéficiaire(s) est (sont) présent(s) ou non).

(b) Bénéficiaire ne figurant pas sur la liste des personnes à traiter au service d'ergothérapie

Si un ou des bénéficiaires, qui ne sont pas officiellement adressés au service, sont vus par un ergothérapeute à l'occasion, par exemple, d'une séance de dépistage en clinique, ou d'une activité de groupe pour tous les bénéficiaires se trouvant dans une salle ou un service donné, les unités de temps sont inscrites dans la catégorie appropriée, ainsi que les jours de traitement (si le(s) bénéficiaire(s) est(sont) présent(s)).

Il pourrait certes être souhaitable de conserver un relevé de ce genre d'activité par bénéficiaire, mais cela n'est pas nécessaire dans le système de base. Seul le total des unités de temps et des jours de traitement doit être incorporé aux totaux quotidiens et mensuels.

(c) Tâches simultanées

Même si un ergothérapeute peut dans certains cas dispenser des soins directs et indirects, aux fins de l'inscription du travail, le temps ne peut être inscrit que pour une seule tâche. On recommande d'accorder la priorité aux soins directs.

(d) Inscription du temps consacré à la prestation de soins directs à un bénéficiaire par plusieurs membres du personnel en même temps

Lorsqu'il est nécessaire de faire appel à deux membres du personnel simultanément pour le traitement d'un seul bénéficiaire, chacun inscrit le total du temps passé (en unités de temps) avec ce bénéficiaire dans la catégorie I. Toutefois, il ne faut inscrire qu'un jour de traitement pour ce bénéficiaire.

(e) Consultation entre membres du personnel d'ergothérapie

Lorsqu'il est nécessaire pour un membre du personnel de consulter un collègue au sujet d'un bénéficiaire, il faut procéder comme au paragraphe c) ci-dessus. Il ne faut pas inscrire de jour de traitement à moins que le bénéficiaire n'ait également reçu des soins directs ce jour-là.

(f) Surveillance simultanée de programmes de traitement pour plus d'un bénéficiaire

Lorsque deux traitements individuels ou plus font l'objet d'une surveillance simultanée, il ne faut pas inscrire les unités de temps dans la catégorie I, mais plutôt dans la catégorie appropriée, selon le nombre de bénéficiaires faisant l'objet d'une surveillance.

Exemple: Si cinq bénéficiaires suivant des programmes de traitement individuel sont surveillés simultanément par un ergothérapeute pendant une demi-heure, inscrire 6 unités de temps pour chaque bénéficiaire dans la catégorie III.

(g) Inscription du traitement collectif lorsque deux membres du personnel d'ergothérapie surveillent le groupe

Lorsqu'un groupe de traitement fonctionne sous la surveillance directe de deux membres du personnel, à condition que le groupe soit organisé et surveillé par un ergothérapeute diplômé, il faut diviser le nombre de bénéficiaires du groupe à parts égales entre les deux membres du personnel; la catégorie de surveillance est ensuite déterminée en conséquence. Cette méthode d'inscription reflète avec plus d'exactitude le niveau véritable de surveillance requis par ce traitement collectif.

Note: Cette méthode ne s'applique pas aux groupes surveillés par le service d'ergothérapie et par un responsable d'une autre discipline, par exemple la physiothérapie ou les soins infirmiers.

(h) Inscription du traitement collectif lorsque le nombre de bénéficiaire change

Le niveau de surveillance (catégorie de pondération) est déterminé selon le nombre total de bénéficiaires formant le groupe, et il ne change pas si un ou plusieurs membres du groupe le quittent avant que le traitement collectif ne soit terminé.

(i) Bénéficiaires à des postes de travail (Programme de rééducation professionnelle) dans l'établissement

Si un bénéficiaire se trouve à un poste de travail et est surveillé par du personnel autre que celui du service d'ergothérapie, il ne faut rien inscrire à moins que le service d'ergothérapie ne participe directement à la surveillance une journée donnée.

5.2 Méthode de calcul du travail en ergothérapie

Afin d'avoir les outils nécessaires pour évaluer le travail et la productivité de chaque membre du personnel et du service dans son ensemble, il faut avoir une mesure du temps consacré par le personnel à la prestation de soins aux malades. Toutefois, le temps total de traitement en minutes (unités de temps x 5) reçu par les bénéficiaires correspond rarement, et est habituellement supérieur au temps total en minutes (unités pondérées) que le personnel consacre à cette prestation, puisque deux bénéficiaires ou plus peuvent être traités en même temps (voir l'exemple 5.2.1).

Par conséquent, il est nécessaire de convertir le temps total du bénéficiaire (exprimé en UNITES DE TEMPS) en temps total du personnel, exprimé en UNITES PONDEREES. UNE UNITE PONDEREE CORRESPOND A UNE MINUTE DU TEMPS CONSACRE PAR LE PERSONNEL A LA PRESTATION DE SOINS AUX BENEFICIAIRES. Pour effectuer cette conversion, on multiplie le total des unités de temps de chaque catégorie par un coefficient de conversion approprié, comme suit:

CATEGORIE		COEFFICIENT DE CONVERSION
A. PRESTATION DE SOINS		
Unités de temps de la catégorie	I	5
	II	2
	III	1
	IV	0,66
	V	0,50
	VI	0,33
	VII	0,25
	VIII	0,20
B. Unités de temps POUR LES SOINS INDIRECTS		5

5.2.1 Exemple

Voici un exemple qui illustre cette méthode de pondération. Supposons que, dans un mois donné, les bénéficiaires de l'ergothérapeute Y ont accumulé les unités de temps de prestation de soins directs suivants:

Catégorie	Unité de temps pour soins directs	Coefficient de conversion	Unités pondérées
I	111	5	555
II	403	2	806
III	539	1	539
IV	367	0,66	244
V	157	0,50	79
VI	900	0,25	225
	TOTAL: 2 477		TOTAL: 2 448

Bien que les bénéficiaires de l'ergothérapeute Y aient reçu au total 2 477 X 5 = 12 385 minutes de soins directs, l'ergothérapeute Y elle-même a consacré 2 448 minutes de son temps à ces prestations. Cela s'explique par le fait que 555 minutes de son temps ont été consacrées au traitement d'un seul bénéficiaire à la fois alors que les 1 893 autres minutes (806 + 539 + 244 + 79 + 225) ont été passées à traiter plus d'un bénéficiaire en même temps.

5.3 Modèle de formulaire d'inscription

La figure 5.1 représente un moyen simple d'inscrire les données sur le travail pour répondre aux exigences du système de base. Ce formulaire sert de fiche de travail quotidienne à l'ergothérapeute, qui inscrit les unités de temps relatives aux prestations de soins directs et indirects par catégorie, ainsi que les jours de traitement. Le formulaire contient également des cases pour faire le total de chaque colonne par catégorie, et pour convertir les unités de temps en unités pondérées. Dans l'exemple, chaque ligne représente les totaux pour une journée. Ces totaux comprennent tout le temps passé avec des bénéficiaires (soins directs) ou consacré à des soins indirects.

NOTE 1 Le total des unités pondérées par bénéficiaire est nécessaire si l'on veut déterminer l'utilisation du personnel par bénéficiaire ou groupe de bénéficiaires (programmes). Toutefois, le système de base n'exige pas qu'un tel total soit établi. Les services qui souhaitent faire le total des unités pondérées par bénéficiaire trouveront à la FIGURE 8-1 de l'annexe 8.2 un exemple de méthode à cette fin. Si l'on utilise le formulaire de la FIGURE 8-1, celui de la figure 5-1 devient inutile.

NOTE 2 Du point de vue médico-légal, et peut-être du point de vue financier, le gestionnaire du service d'ergothérapie peut avoir à tenir des relevés exacts du temps consacré à la prestation de soins à chaque bénéficiaire. On trouvera à la section 7, figure 7-1, une méthode pour inscrire ces renseignements.

NOTE 3 Les services peuvent choisir d'utiliser un formulaire différent. L'exemple donné n'est qu'un modèle. On trouvera d'autres modèles en annexe. Au cours d'essais effectués sur place, de nombreux services ont constaté qu'ils pouvaient très facilement modifier leurs formulaires actuels de collecte des données pour englober les soins indirects.

La FIGURE 5-1 illustre une méthode d'inscription du travail de l'ergothérapeute Tremblay pour les sept premiers jours de travail du mois de juin. Les données peuvent également être reliées à celles de la FIGURE 7-1 qui porte sur l'inscription du total des unités de temps (soins directs et indirects) par bénéficiaire et qui établit le lien avec les dates correspondantes.

5.4 Indicateurs

Les données produites par le système de base, en combinaison avec les données financières et les chiffres d'utilisation (par ex.: bénéficiaire aiguillés vers le service, admissions à l'établissement), peuvent être traitées de façon à élaborer des indicateurs précieux dans les domaines suivants:

Charge de travail, dotation en personnel, productivité, utilisation et finances.

Les gestionnaires et les surveillants sont encouragés à se reporter au guide du gestionnaire (section 7) pour des renseignements sur la façon de calculer et d'utiliser les indicateurs.

FICHE DE TRAVAIL

FIGURE 5-1

ERGOTHERAPEUTE TREMBLAY MOIS JUIN

PROGRAMME/SECTION _____ ANNEE _____

HOSPITALISES										EXTERNES								
UNITES DE TEMPS PAR CATEGORIE										UNITES DE TEMPS PAR CATEGORIE								
Soins indirects	I	II	III	IV	V	VI	VII	JOURS	DATE	Soins indirects	I	II	III	IV	V	VI	VII	JOURS
32	7	26	45					6	1									
									2									
									3									
20	9	84						7	4									
68	8	6	108					9	5									
37	8		117					9	6									
25	5		137					9	7									
50	4	33	36					4	8									
									9									
									10									
48	8	18						4	11									
									12									
									13									
									14									
									15									
									16									
									17									
									18									
									19									
									20									
									21									
									22									
									23									
									24									
									25									
									26									
									27									
									28									
									29									
									30									
									31									
280	49	167	443					48	TOTAUX									
x5	x5	x2	x1	x.66	x.50	x.33	x.25			x5	x5	x2	x1	x.66	x.50	x.33	x.25	
1400	245	334	443															

HOSPITALISES

UNITES DE TEMPS (SOINS INDIRECTS)= 280
UNITES DE TEMPS (SOINS DIRECTS) = 659 (49+167+443)
TOTAL DES UNITES DE TEMPS = 939

UNITES PONDEREES (SOINS INDIRECTS)= 1400
UNITES PONDEREES (SOINS DIRECTS) = 1022 (245+334+443)
TOTAL DES UNITES PONDEREES = 2422

TOTAL DES JOURS DE TRAITEMENT
(HOSPITALISES) 48

EXTERNES

UNITES DE TEMPS (SOINS INDIRECTS)=
UNITES DE TEMPS (SOINS DIRECTS) =
TOTAL DES UNITES DE TEMPS =

UNITES PONDEREES (SOINS INDIRECTS)=
UNITES PONDEREES (SOINS DIRECTS) =
TOTAL DES UNITES PONDEREES =

TOTAL DES JOURS DE TRAITEMENT
(EXTERNES) __

FORMULAIRE DE RAPPORT NATIONAL
ERGOTHERAPIE - STATISTIQUES SOMMAIRES

Nom de l'établissement _____ Période finissant le _____
Localité _____ Province _____

VOLUME DE TRAVAIL - cumul annuel jusqu'à ce jour	Hospitalisés 5	Externes 6	Total 7
01. Nombre de jours de traitement.....			
02. Nombre d'unités de temps (soins directs).....			
03. Nombre d'unités pondérées (soins directs).....			
04. Nombre d'unités pondérées (soins indirects).....			
05. Total des unités pondérées (ligne 3 + ligne 4).....			

PERSONNEL	Personnes employées à la fin de la période et dont l'emploi a pris fin durant l'année			Total des heures accumulées	
	Plein temps 3	Temps partiel 4	Personnes dont l'emploi à plein temps a pris fin 5	Rémunérées 6	Travaillées 7
06. Ergothérapeutes					
07. Assistants, techniciens et auxiliaires					
08. Autres					
09. Total					

COUTS DIRECTS - Cumul jusqu'à ce jour	Traitements et salaires bruts Personnel médical (salaires, honoraires, etc.) 1	Autres 2	Avantages sociaux 3	Fournitures médicales et chirurgicales 4	Médicaments 5	Autres fournitures et dépenses 6	Total 7
10. Coûts directs...							

VOUS AVEZ MAINTENANT LES INFORMATIONS NECESSAIRES POUR METTRE EN OEUVRE LE SYSTEME DE BASE DE MESURE DU TRAVAIL POUR LES TRAITEMENTS D'ERGOTHERAPIE

Si le temps dont vous disposez et vos ressources le permettent, ou si votre administration ou votre propre service a besoin d'informations additionnelles, le système de base peut être élargi de manière à permettre la collecte des données qui reflètent en détail le fonctionnement du service. On trouvera à la section 6 des options pour un tel système élargi.

Comme dans le cas du système de base, il est essentiel, et aussi dans votre intérêt, de respecter la classification et les définitions données afin de pouvoir échanger des informations comparables avec d'autres services d'ergothérapie.

6. LE SYSTEME ELARGI

6.1 Options en vue de l'élargissement du système

La section suivante présente plusieurs exemples qui illustrent des élargissements possibles du système de base.

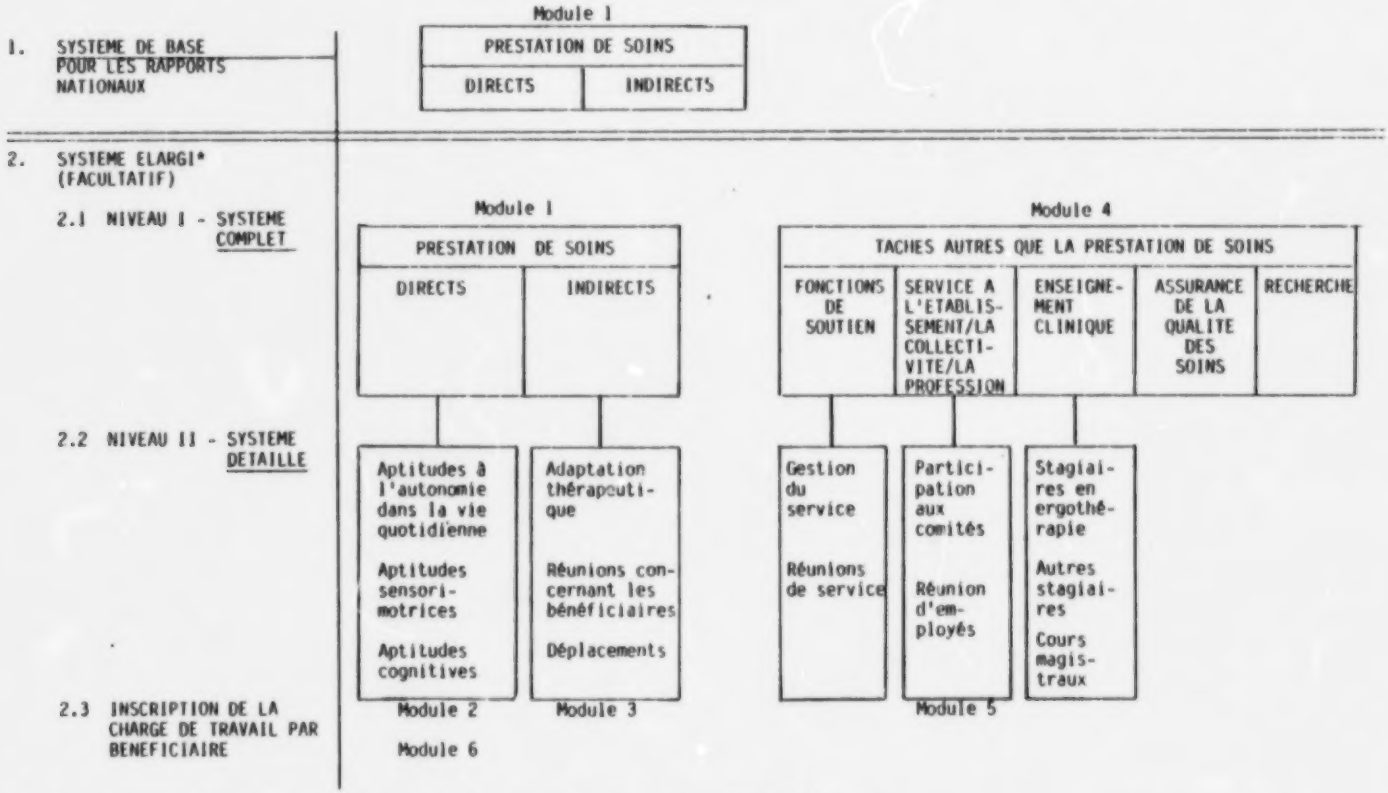
On peut élargir le système de base en ajoutant un ou plusieurs modules, comme le montre la figure 6-2.

Il faut élaborer des formulaires d'inscription pour tenir compte du(des) modèle(s) retenu(s) en vue de l'élargissement du système. On trouvera à la figure 6-3 un exemple de formulaire pour la collecte des données sur les activités autres que la prestation de soins aux patients.

Remarque 1: Toutes les activités autres que la prestation de soins, sont inscrites en unités de temps, que l'on multiplie par 5 pour obtenir des unités pondérées.

FIGURE 6-1

SYSTEME DE MESURE DU TRAVAIL POUR LES TRAITEMENTS D'ERGOTHERAPIE
MODELE THEORIQUE



* Se reporter à la section 6 pour de plus amples détails sur les possibilités d'expansion.

FIGURE 6-2

EXEMPLES D'OPTIONS POUR L'ELARGISSEMENT DU SYSTEME

EXEMPLE 1

Module 1 ..... Total du temps consacré à la prestation de soins aux bénéficiaires (système de base)

EXEMPLE 2

Modules 1 et 4 ..... Total du temps consacré à la prestation de soins et aux autres tâches (voir les définitions à la p. 58)

EXEMPLE 3

Modules 1, 2 et 3 ..... Temps consacré à la prestation de soins aux bénéficiaires, avec plus de détails

EXEMPLE 4

Modules 1, 2, 3 et 4 ..... Temps consacré à la prestation de soins aux bénéficiaires, avec plus de détails, plus le total du temps passé aux autres tâches

EXEMPLE 5

Modules 1, 2, 3, 4 et 5 ..... Toutes les informations en détails

EXEMPLE 6

Module 1 plus d'autres appropriés au choix.

EXEMPLE 7

Inscription de la charge de travail par bénéficiaire ..... Pour de plus amples détails, se reporter au guide du gestionnaire et à la figure 7-1.

FIGURE 6-3

TACHES AUTRES QUE LA PRESTATION DE SOINS

Nom: _____ Service: _____ Période: _____ Année: ____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total des unités de temps	x5	Total des unités pondérées
A. Fonctions de soutien																																		
i Gestion du service																																	x5	
ii Réunions d'employés																																	x5	
iii Gestion du nombre de cas																																	x5	
iv Planification/gestion du programme																																	x5	
v Entretien du service																																	x5	
vi Statistiques																																	x5	
B. Services rendus à l'établissement/la collectivité/la profession																																Total partiel		
i Participation aux comités, conseils																																	x5	
ii Education du public																																	x5	
iii Consultation																																	x5	
iv Services à la profession																																Total partiel	x5	
C. Enseignement clinique																																		
i Stagiaires/internes en ergothérapie																																	x5	
ii Autres stagiaires/personnel																																	x5	
iii Cours magistraux																																	x5	
D. Assurance de la qualité																																Total partiel		
E. Recherche																																Total partiel	x5	
																																Total partiel	x5	

Totaux partiels A _____
B _____
C _____
D _____
E _____

Total des unités pondérées [ ]

Note 1

Les autres tâches sont inscrites en unité de temps qu'on multiplie par un coefficient de conversion de 5 pour obtenir des unités pondérées.

Note 2

Au besoin, et si cela est suffisant, les unités de temps pour chaque grande catégorie A, B, C, D et E peuvent être totalisées avant d'être converties en unités pondérées.

La section suivante explique comment les données peuvent être transmises et utilisées par les gestionnaires, les établissements et les gouvernements fédéral et provinciaux. Cette section a été rédigée pour répondre aux besoins des gestionnaires; toutefois, on recommande fortement à TOUT le personnel du service d'ergothérapie de se familiariser avec son contenu afin de comprendre le processus et la nécessité de la collecte de données exactes.

7. GUIDE DU GESTIONNAIRE

Non seulement le gestionnaire du service d'ergothérapie est chargé de veiller à ce que l'on recueille des données exactes sur la charge de travail, mais il lui incombe également de les présenter à l'administration de l'établissement sous forme de rapports. L'administration est chargée de faire parvenir aux gouvernements fédéral et provinciaux des rapports sur la charge de travail et d'autres données.

On peut utiliser les données produites par le système de mesure du travail pour les traitements d'ergothérapie afin de calculer des indicateurs qui pourront aider le gestionnaire dans son travail de contrôle, de planification, de résolution des problèmes, etc.

Du point de vue médico-légal, le gestionnaire du service d'ergothérapie peut avoir à tenir des relevés exacts du temps consacré aux soins dispensés à chaque bénéficiaire. La figure 7-1 présente une méthode d'inscription de cette information.

La figure 7-1 est un registre périodique des jours de traitement par bénéficiaire, ainsi que des unités de temps en soins directs et indirects dispensés à chaque bénéficiaire. Il faut remarquer qu'un jour de traitement n'est compté que si l'on a inscrit des unités de temps pour des soins directs (présence du bénéficiaire requise).

BENEFICIAIRES DEJA EN TRAITEMENT ET REPORTES A UNE AUTRE PERIODE

On recommande que les noms de tous les bénéficiaires reportés de la période précédente soient inscrits sur la figure 7-1, en début de liste. A la fin de la période, seuls les bénéficiaires qui ont reçu des soins directs ou indirects seront cochés dans la colonne des BENEFICIAIRES DEJA EN TRAITEMENT ET REPORTES A UNE AUTRE PERIODE (voir le glossaire). Il faudra rayer le nom des bénéficiaires qui n'ont pas reçu de soins directs ou indirects, et qui n'ont pas reçu leur congé de l'établissement. Voir l'exemple du bénéficiaire Piché à la figure 7-1. Etant donné qu'il n'a pas reçu son congé au cours du mois de juin, son nom sera reporté sur la liste de juillet.

NOUVEAUX BENEFICIAIRES

Au fur et à mesure que de nouveaux bénéficiaires sont référés au service, leurs noms sont inscrits sur la liste et on coche la colonne des nouveaux bénéficiaires.

Soins indirects reliés à plus d'un bénéficiaire

Lorsque des soins indirects visent plus d'un bénéficiaire en même temps,

UNITES DE TEMPS PERIODIQUES DE PRESTATION DE SOINS AUX BENEFICIAIRES/REGISTRE DES BENEFICIAIRES TRAITES

FIGURE 7-1

SOINS INDIRECTS
SOINS DIRECTS

ERGOTHERAPEUTE TREMBLAY, L. PERIODE 6 ANNEE 84 HOSPITALISES ☑
EXTERNES ☐

PROGRAMME/SECTION PSYCHIATRIE

NOM Date	BENEFICIAIRES REPORTES EN TRAITEMENT	NOUVEAUX BENEFICIAIRES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12...19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL PAR BENEFICIAIRE: UNITES DE TEMPS	TOTAL PAR BENEFICIAIRE: JOURS DE TRAITEMENT
LEDUC, J.	✓		6			2	3	2	2				6			5	3			12			13			6	79 / 98	15
PICARD, M.	✓		2			4	3	4	5		13		2		6	4	6			3	2	CONGE					70 / 320	16
BOLDUC, J.	✓		13	CONGE																							12 / 15	1
MARTEL, M.	✓		9			3	2	6	12	12					6	1	2			6	3	2	1				66 / 156	17
RIVARD, H.	✓		3			2	1	6	12	8			13		3	4	4			12	8	1	12	12			141 / 305	19
LAROCHE, M.	✓						12	3	3				6		4	6				6	6	2	1				58 / 77	7
SABOURIN, T.	✓		2			2	2	2	24	24			10		4	6	3			6	6	6	3	1			85 / 160	17
MASSON, D.	✓					1	6	1	CONGE																		12 / 23	2
DUBOIS, O.	✓		14			6	5	CONGE																			17 / 11	2
~~PIGNE, E.~~																												0
GRATTON, R.		✓					3	1	30	30			12			CONGE											55 / 116	10
CARON, F.		✓							9	6	CONGE																6 / 12	2
BIRON, S.		✓													8	6	14	14			12	1	4		6	9	95 / 175	16
BERGERON, C.		✓														3											25 / 69	3
MOREAU, H.		✓															12				9	2	CONGE				25 / 46	3
MEUNIER, B.		✓															4	5			6	1	10	1			23 / 55	5
RAYMOND, M.		✓															1				3	2	18	8	6		55 / 70	6
BLAIS, L.		✓															24							4	4	3	11 / 105	3
TOTAL DES BENEFICIAIRES REPORTES ET EN TRAITEMENT																												TOTAL DES UNITES DE TEMPS
TOTAL DES NOUVEAUX BENEFICIAIRES		8																									TOTAL DES JOURS DE TRAITEMENT	144

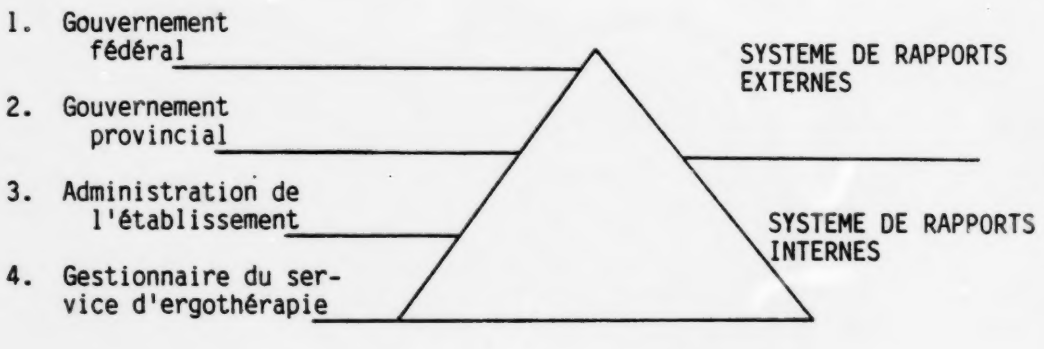
Note: Il n'est pas nécessaire de faire les totaux par jour sur cette formule, mais si vous le désirez, ou si votre supérieur vous le demande, des cases ont été prévues à cette fin.

* Les totaux ne correspondent pas aux chiffres quotidiens sur cette formule, puisque les jours 12 à 19 n'y figurent pas.

(par ex., discussions de cas, consultation de dossiers, préparation d'un traitement collectif) on divisera le temps total du personnel par le nombre de bénéficiaires impliqués et on attribuera à chaque bénéficiaire le nombre d'unités de temps approprié.

7.1 Rapports sur les données relatives à la charge de travail

Le diagramme ci-dessous en forme de triangle indique les différentes étapes de circulation des données sur la charge de travail, à partir de l'ergothérapeute, dans le système de rapports internes, puis dans celui des rapports externes. La figure est triangulaire pour représenter la quantité d'informations nécessaires à chaque palier, par ex., quelques totaux sommaires sont réclamés au niveau fédéral, tandis que les gouvernements provinciaux, l'administration de l'établissement et le gestionnaire du service d'ergothérapie ont besoin de données de plus en plus détaillées.



RAPPORTS SUR LA CHARGE DE TRAVAIL
DES ERGOTHERAPEUTES

Les données produites à l'aide du système de base font l'objet d'un rapport annuel présenté aux gouvernements fédéral et provinciaux par tous les établissements en conformité avec la Loi sur la statistique (article 21). On peut trouver un exemplaire des rapports dans lesquels figurent les données sur l'ergothérapie dans le Rapport annuel des établissements de soins spéciaux de Statistique Canada, 1re partie, édition de 1976, pages 7, 10, 14, et 17.

En plus des rapports annuels, toutes les provinces demandent aux établissements de présenter périodiquement des données sur la charge de travail et d'autres données. Les informations requises varient selon la province,

mais il est important pour les gestionnaires de savoir comment les statistiques sont communiquées dans leur province. Certaines provinces publient toute une gamme d'indicateurs et les distribuent aux établissements. Vous pouvez obtenir ces informations auprès de la direction générale de votre établissement. Reportez-vous à l'annexe 8.2, figure 7-2 pour une suggestion de présentation des totaux périodiques.

Il existe également un système facultatif, soit le Programme de renseignements hospitaliers trimestriels que Statistique Canada a mis au point avec l'Association des hôpitaux du Canada pour fournir aux établissements participants un rapport trimestriel, qui se compose du Profil de l'établissement et du sommaire de l'administration sur les indicateurs de rendement. Ces rapports permettent aux conseils d'administration, aux directeurs et aux gestionnaires d'établissements de comparer le rendement de leur établissement avec celui des établissements de leur province et du Canada qui leur sont comparables quant au nombre de lits et au genre de services dispensés. Plus de 700 établissements canadiens participent actuellement au Programme de renseignements hospitaliers trimestriels (PRHT).

Les rapports globaux PRHT/Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) présentent des comparaisons qui sont généralement fournies dans les 3 mois qui suivent la période visée par les rapports, tandis qu'habituellement, on ne peut obtenir les informations des rapports annuels qu'un certain temps après la présentation des rapports.

La direction est chargée de mettre au point un système de rapports qui remplit les besoins de l'établissement et du service d'ergothérapie.

Les exigences et les possibilités des gestionnaires du service d'ergothérapie en matière de rapports varieront considérablement étant donné les différences notables entre établissements en ce qui concerne:

- l'étendue des fonctions déléguées aux gestionnaires du service d'ergothérapie;
- la possibilité pour les gestionnaires du service d'avoir accès à des données détaillées sur les finances, les salaires, etc.;
- l'accessibilité des systèmes informatiques et leur degré de perfectionnement;
- les systèmes de rapports des établissements et les modes de présentation des données.

Par exemple, les services qui n'ont pas de systèmes informatiques et dont le personnel clérical est limité, trouveront que la production du rapport du système de base, plus quelques indicateurs, suffira à leurs besoins. Les gros services dont les fonctions sont complexes devront envisager un système automatisé de collecte et de traitement des données, afin de pouvoir répartir les données sur la charge de travail en sous-composantes (ou par centre fonctionnel). Il faudra recourir à un système automatisé pour gérer un système élargi de mesure de la charge de travail.

7.2 Indicateurs

En plus des données produites par le système de mesure de la charge de travail pour les traitements d'ergothérapie, il faut, pour calculer des indicateurs, recueillir d'autres données essentielles sur les finances et l'utilisation (nouveaux bénéficiaires, bénéficiaires déjà en traitement et reportés, heures travaillées et heures rémunérées, admissions en vue de l'hospitalisation, etc.). Si un grand nombre de données additionnelles peuvent être fournies par le service des finances de l'établissement, certaines d'entre elles, telles que le nombre de nouveaux bénéficiaires, doivent être recueillies par le service d'ergothérapie. Le formulaire de la figure 7-1 permet de recueillir certaines de ces données.

NOTE: Le document établissant les lignes de conduite en matière de systèmes d'information de gestion dans les établissements de santé (Guidelines for Management Information Systems in Health Care Facilities) traite plus en détail des indicateurs et de leur utilisation par la direction. Le lecteur est invité à consulter ce document. (Voir la bibliographie en annexe, à la section 8.4).

Voici une liste des éléments d'information utilisés dans le calcul des indicateurs.

ELEMENTS D'INFORMATION		SOURCES
1. DONNEES SUR LA CHARGE DE TRAVAIL		
Jours de traitement	- Hospitalisés et externes	Service d'ergothérapie
Unités de temps	- Soins directs et indirects	"
	- Hospitalisés et externes	"
Unités pondérées	- Soins directs et indirects	"
	- Hospitalisés et externes	"
2. DONNEES D'UTILISATION		
Nombre de nouveaux bénéficiaires référés en ergothérapie		"
Nombre de bénéficiaires déjà en traitement et reportés		"
Nombre d'admissions (en vue de l'hospitalisation) au cours de la période visée par le rapport		Services financiers ou dossiers du bénéficiaire
3. DONNEES FINANCIERES		
Heures rémunérées	- Personnel de gestion et de soutien opérationnel	Service d'ergothérapie et/ou service des finances
	- Personnel dont le travail est comptabilisé en unités	"
	- Personnel non médical	"
	- Personnel qualifié	"
Heures travaillées	- Personnel de gestion et de soutien opérationnel	"
	- Personnel dont le travail est comptabilisé en unités	"
	- Personnel médical	"
Coûts d'exploitation directs		
	- Total des rémunérations	"
	- Dépenses de l'équipement	Service d'ergothérapie et service des finances
	- Dépenses de fournitures	"
	- Dépenses diverses	"

EXEMPLES D'UTILISATION DES ELEMENTS DE DONNEES

Les données de la présente section ont été simplifiées pour illustrer les concepts et faciliter les calculs.

1. DONNEES SUR LA CHARGE DE TRAVAIL

		Hospitalisés	Externes	Total
Jours de traitement	- Psychiatrie	355	177	532
	- Médecine phys.	401	198	599
		756	375	1,131
Unités de temps	- Soins directs	7,561	5,844	13,405
	- Soins indirects	4,537	3,506	8,043
Unités pondérées	- Psychiatrie	7,320	11,808	19,128
	- Médecine phys.	16,141	11,299	27,440
		23,461	23,107	46,568
	- Soins directs	14,663	14,442	29,105
	- Soins indirects	8,798	8,665	17,463

2. DONNEES D'UTILISATION

Nombre de nouveaux bénéficiaires référés en ergothérapie	75	54	129
Nombre de bénéficiaires déjà en traitement et reportés	64	68	132
Nombre d'admissions	2,249	-	-

3. DONNEES FINANCIERES

Heures rémunérées

- Personnel de gestion et de soutien opérationnel		
. Gestionnaire		150
. Secrétaire		75
	Total partiel	225
- Personnel dont le travail est comptabilisé en unités		
. Ergothérapeutes		1,200
. Aides		300
	Total partiel	1,500
Total du personnel non médical		1,725
- Personnel qualifié (1,200+150)		1,350

Heures travaillées		
	- Personnel de gestion et de soutien opérationnel	175
	- Personnel dont le travail est comptabilisé en unités	1,437
	- Total du personnel non médical	1,612
Coûts relatifs aux rémunérations		
	- Personnel de gestion et de soutien opérationnel	$ 7,236.95
	- Personnel dont le travail est comptabilisé en unités	$22,372.10
	- Personnel médical	$ 0.00
	TOTAL PARTIEL	$29,609.05
Coûts directs d'exploitation		
	- Dépenses d'équipement	$ 0.00
	- Dépenses de fournitures	$ 1,450.00
	- Dépenses diverses	$ 590.00
	TOTAL	$31,649.05

CERTAINS INDICATEURS RELATIFS A L'ERGOTHERAPIE

Indicateurs de dotation en personnel

N°	Indicateur	Calcul	Exemple	Définition	Objectif principal
1.	Equivalents de temps complet (ETC) par titre d'emploi	Heures rémunérées du personnel du même titre d'emploi au cours de la période / Heures rémunérées normales dans une période par les équivalents de temps complet de la classe professionnelle	Gestion $\frac{150}{150}$ = 1 ETC Producteurs d'unités . Ergothérapeutes $\frac{1\ 200}{150}$ = 8 ETC . Aides $\frac{300}{150}$ = 2 ETC Personnel de soutien $\frac{75}{150}$ = 0,5 ETC	Nombre total d'équivalents de temps complet par titre d'emploi du service	Etablissement du budget Planification Contrôle
2.	ETC producteurs d'unités	Total de tous les ETC des titres d'emploi producteurs d'unités au cours de la période	8 + 2 = 10 ETC	Nombre total d'équivalents de temps complet des producteurs d'unités	Etablissement du budget Planification Contrôle
3.	ETC - personnel qualifié	Total de tous les ETC des classes de personnel qualifié au cours de la période	$\frac{1\ 350}{150}$ = 9 ETC	Nombre total des équivalents de temps complet des ergothérapeutes	Etablissement du budget Planification Contrôle

Indicateurs de la productivité

4.	Indice de productivité du personnel producteur d'unités	Unités pondérées de l'établissement (soins directs et indirects) au cours de la période x 100 / Heures travaillées du personnel producteur d'unités + heures achetées du personnel producteur d'unités au cours de la période x 60	$\frac{46\ 568 \times 100}{1\ 437 \times 60}$ = 54%	Pourcentage de toutes les heures travaillées et achetées du personnel producteur d'unités consacrées à la prestation de soins aux bénéficiaires	Contrôle Evaluation Planification

N°	Indicateur	Calcul	Exemple	Définition	Objectif principal
5.	Jours de traitement par heure travaillée ou achetée du personnel producteur d'unités	Total des jours de traitement au cours de la période / Heures travaillées du personnel producteur d'unités + heures achetées du personnel producteur d'unités au cours de la période	$\frac{1\ 131}{1\ 437} = .79$	Nombre moyen de jours de traitement par heure travaillée ou achetée du personnel producteur d'unités	Contrôle Evaluation Planification
	Indicateurs de l'utilisation				
6.	Taux des nouveaux bénéficiaires hospitalisés référés	Nouveaux bénéficiaires hospitalisés référés au service au cours de la période x 100 / Total des admissions d'hospitalisés au cours de la période	$\frac{75 \times 100}{2\ 249} = 3.3\%$	Pourcentage du total des hospitalisés référés au service	Planification Evaluation
7.	Ratio des bénéficiaires hospitalisés traités	Nombre des hospitalisés traités au cours de la période / Nombre des hospitalisés traités + nombre des bénéficiaires externes traités au cours de la période	$\frac{139}{261} = .53$	La proportion de tous les bénéficiaires traités qui sont hospitalisés	
	Indicateurs du volume de travail				
8.	Unités pondérées par jour de traitement d'hospitalisés	Unités pondérées* de soins directs aux hospitalisés + unités pondérées* de soins indirects aux hospitalisés au cours de la période / Jours de traitement d'hospitalisés au cours de la période	$\frac{14\ 663 + 8\ 798}{756} = 31$	Temps moyen (en minutes) consacré par le personnel producteur d'unités à un jour de traitement d'hospitalisé (indicateur de complexité)	Planification Contrôle Evaluation

* de l'établissement

GLOSSAIRE DES INDICATEURS EN ERGOTHERAPIE

N°	Indicateur	Calcul	Exemple	Définition	Objectif principal
	Indicateurs du volume de travail (suite)				
9.	Unités pondérées par jour de traitement de bénéficiaire externe	Unités pondérées de soins directs aux bénéficiaires externes + unités pondérées de soins indirects aux bénéficiaires externes au cours de la période / Nombre de jours de traitement de bénéficiaires externes au cours de la période	$\frac{14\,442 + 8\,665}{375} = 61.6$	Temps moyen (en minutes) consacré par le personnel producteur d'unités à un jour de traitement de bénéficiaire externe (indicateur de complexité)	Planification Contrôle Evaluation
10.	Ratio des unités pondérées de soins directs	Unités pondérées de soins directs au cours de la période / Unités pondérées de soins directs + unités pondérées de soins indirects au cours de la période	$\frac{29\,105}{46\,568} = .63$	Proportion du temps total de prestation de soins aux bénéficiaires par le personnel producteur d'unités durant laquelle la présence du bénéficiaire était requise par le thérapeute	Planification Contrôle Evaluation
11.	Unités de temps par jour de traitement d'hospitalisé	Unités de temps de soins directs à des hospitalisés au cours de la période / Jours de traitement d'hospitalisés au cours de la période	$\frac{7\,561}{756} = 10.00$	Nombre moyen d'unités de 5 minutes de soins directs qu'un hospitalisé reçoit durant un jour de traitement	Planification Evaluation
12.	Unités de temps par journée de traitement de bénéficiaire externe	Unités de temps de soins directs aux bénéficiaires externes au cours de la période / Jours de traitement de bénéficiaires externes au cours de la période	$\frac{5\,844}{375} = 15.58$	Nombre moyen d'unités de 5 minutes de soins directs qu'un bénéficiaire externe reçoit au cours d'un jour de traitement	Planification Evaluation

N°	Indicateur	Calcul	Exemple	Définition	Objectif principal
13.	Répartition en pourcentage des unités de temps de l'établissement, par source de demande	Unités pondérées* de soins directs + unités pondérées* de soins indirects pour une source de demande donnée au cours de la période x 100 / Unités pondérées* de soins directs + unités pondérées* de soins indirects au cours de la période	Source de demande: hospitalisés 14 663 + 8 798 / 29 105 + 17 463 x 100 = 50%	Pourcentage du temps total de prestation de soins aux bénéficiaires par le personnel producteur d'unités qui est imputable aux diverses sources de demande (hospitalisés, bénéficiaires externes, bénéficiaires orientés vers le service)	Planification Evaluation Contrôle
14.	Répartition en pourcentage des jours de traitement, par source de demande	Jours de traitement pour une source de demande donnée au cours de la période x 100 / Total des jours de traitement au cours de la période	Source de demande: hospitalisés 756 / 1 131 x 100 = 67%	Pourcentage du total des jours de traitement qui est imputable aux diverses sources de demande (hospitalisés, extèrnes, bénéficiaires orientés vers le service)	Planification Evaluation
15.	Densité de la surveillance	Unités pondérées* de soins directs au cours de la période / Unités de temps de soins directs au cours de la période	14 663 / 13 405 = 1.094	Ratio nécessaire pour déterminer le nombre moyen de bénéficiaires surveillés simultanément par un seul producteur d'unité Pour obtenir le nombre de bénéficiaires traités simultanément en moyenne par un seul producteur d'unités au cours de la période, consulter la table en annexe, en B.3.	Planification Evaluation
16.	Répartition en pourcentage des unités pondérées de l'établissement par équipe/section	Unités pondérées* de soins directs + unités pondérées de soins indirects pour une équipe/section donnée au cours de la période x 100 / Total des unités pondérées* de soins directs au cours de la période + unités pondérées de soins indirects	Section:Psychiatrie 19 128 / 46 568 x 100 = 41%	Pourcentage du temps total consacré à la prestation de soins aux bénéficiaires par le personnel producteur d'unités qui est assuré par les diverses équipes/ sections du service	Planification Contrôle Evaluation

* Dans l'établissement

N°	Indicateur	Calcul	Exemple	Définition	Objectif principal
17.	Répartition en pourcentage des jours de traitement par équipe/section	Jours de traitement pour une équipe/section donnée au cours de la période x 100 / Total des jours de traitement au cours de la période	Par ex. Psychiatrie 532 x 100 = 47% 1 131	Pourcentage du total des jours de traitement attribuable à la section psychiatrique du service d'ergothérapie	Planification Contrôle Evaluation
	Indicateurs financiers				
18.	Coût direct par unité pondérée totale	Dépenses d'exploitation directes au cours de la période / Total des unités pondérées au cours de la période	$31 649,05 = $.68 46 568	Coût moyen par unité pondérée de prestation de soins représenté par les dépenses d'exploitation directes du service	Contrôle Etablissement du budget Planification Evaluation
19.	Heures rémunérées du personnel non médical par jour de traitement	Heures rémunérées du personnel de gestion et de soutien opérationnel + heures rémunérées du personnel producteur d'unités au cours de la période / Total des jours de traitement au cours de la période	1 800 = 1.6 113	Nombre d'heures du personnel non médical rémunérées en moyenne pour chaque jour de traitement	Planification Evaluation
20.	Personnel producteur d'unités: Dépenses totales de la rémunération	Dépenses pour la rémunération du personnel producteur d'unités au cours de la période / Dépenses totales au cours de la période	$22 372,10 = .76 $29 609,05	Proportion des dépenses totales de salaires du service qui est imputable au personnel producteur d'unités	Contrôle Planification Evaluation
21.	Personnel de gestion et de soutien opérationnel: Dépenses totales de la rémunération	Dépenses pour la rémunération du personnel de gestion et de soutien opérationnel au cours de la période / Dépenses totales au cours de la période	$ 7 236,95 = .24 $29 609,05	Proportion des dépenses totales de salaires du service qui est imputable au personnel de gestion et de soutien opérationnel	Contrôle Planification Evaluation

8. ANNEXES

8.1 GLOSSAIRE

8.1.1 Termes relatifs aux indicateurs

Bénéficiaire reporté en traitement

Bénéficiaire hospitalisé ou externe qui était inscrit au service à la période budgétaire précédente, dont le dossier demeure ouvert au début de la période courante, et qui reçoit des services durant cette période. Ce dossier peut être fermé ou non durant la période.

Bénéficiaire en traitement

Nouveau bénéficiaire référé en ergothérapie, ou bénéficiaire reporté recevant déjà des services au cours de la période précédente. Le nombre total de bénéficiaires en traitement durant une période budgétaire correspond à la somme des nouveaux bénéficiaires référés en ergothérapie plus les bénéficiaires reportés en traitement.

Dépenses allouées pour services d'administration et de soutien

Dépenses directes au niveau opérationnel des services d'administration et de soutien, par exemple: entretien ménager, buanderie, personnel, etc. qui ont été allouées à chacun de ces services et, par la suite, réparties aux services de soins infirmiers pour les bénéficiaires hospitalisés, aux services ambulatoires, et aux services diagnostiques et thérapeutiques.

Jour de traitement

Jour au cours duquel des soins directs ont été dispensés à un bénéficiaire. Si le bénéficiaire n'a reçu que des SOINS INDIRECTS au cours d'une journée donnée, on n'inscrit pas de jour de traitement pour ce bénéficiaire ce jour-là.

Contributions aux avantages sociaux

Contributions de l'établissement au coût des divers avantages sociaux accordés à ses employés: primes au régime d'assurance-maladie provincial, assurance-chômage, Régime de sommes analogues aux rentes du Canada, etc. Ces contributions comprennent le coût du marché de dépenses telles que le logement et les repas, après la déduction des frais que l'établissement peut se faire rembourser de l'employé.

Rémunération - personnel de gestion et soutien opérationnel, et producteurs d'unités

Total des dépenses suivantes:
- salaires bruts;
- contributions aux avantages sociaux;
- rémunération du personnel extérieur (achat de services).

Pour le personnel de gestion et de soutien opérationnel et les producteurs d'unités.

Rémunération - personnel médical

Total des dépenses suivantes:
- salaires bruts;
- contributions aux avantages sociaux;
- honoraires à l'acte.

Pour les médecins employés par l'établissement.

Rémunération - employés de l'établissement

Total des dépenses suivantes:
- salaires bruts;
- contributions aux avantages sociaux.

Pour tous les employés de l'établissement.

Rémunération - personnel extérieur (achat de services)

Sommes versées pour la rémunération des heures de travail du personnel non médical dont les services sont obtenus d'une agence extérieure.

Total de la rémunération

Total des dépenses suivantes:
- rémunération du personnel de gestion et de soutien opérationnel;
- rémunération du personnel producteur d'unités;
- rémunération des médecins.

Soins directs

Toutes activités reliées au diagnostic, à l'évaluation, au traitement, ou celles qui complètent le diagnostic, l'évaluation ou le traitement au service d'ergothérapie; le bénéficiaire étant en présence du thérapeute (se reporter à la page 58 pour de plus amples détails).

Dépenses d'équipement

Dépenses d'exploitation occasionnées par l'achat d'appareils ou d'équipement. Elles comprennent les dépenses d'entretien (service interne ou à contrat), les frais d'amortissement et les intérêts lorsqu'un emprunt a été effectué à cette fin particulière. Ces dépenses ne comprennent pas le capital initial ayant servi à acheter l'équipement.

Dépenses de fournitures

Dépenses associées à toutes les fournitures courantes utilisées dans un service ou un établissement de santé, aux fins de l'exploitation du service ou de l'établissement et du traitement des bénéficiaires. (Sont inclus les fournitures médicales et chirurgicales, les médicaments, les films, la papeterie, les aliments, les uniformes, les fournitures nécessaires à l'entretien, etc.)

Dépenses diverses

Dépenses d'exploitation qui ne sont pas reliées à la rémunération, à des fournitures ou à de l'équipement. Les dépenses diverses incluent la publicité, les assurances, les frais de cotisations, les frais de déplacements, etc.

Dépenses d'exploitation directes (centre d'activité)

Dépenses d'exploitation imputées directement par le système de comptabilité à un centre d'activité. Les dépenses d'exploitation comprennent la rémunération, les dépenses de fournitures, les dépenses diverses et les dépenses d'équipement.

Dépenses d'exploitation totales (centre d'activité)

Total des dépenses suivantes:
- dépenses d'exploitation directes;
- dépenses d'exploitation indirectes.

Dépenses d'exploitation indirectes (centre d'activité)

Dépenses indirectes d'exploitation d'un centre d'activité, telles qu'allouées aux centres d'activité par le système de comptabilité de l'établissement. Elles représentent les dépenses d'exploitation directes et indirectes de d'autres centres d'activité qui ont été allouées à ces différents centres suivant les modes appropriés de répartition des budgets. (Voir: dépenses allouées pour frais d'administration et de soutien).

Equivalent de temps complet (ETC)

Total des heures rémunérées au service d'ergothérapie, exprimé sous forme de postes à temps complet d'après les heures normales travaillées par un employé ayant ce statut. (Voir: Heures normales de travail.)

Centre d'activité

Subdivision d'un organisme à laquelle correspond, dans un système de comptabilité sectorielle, un budget et des dépenses directes réelles, des statistiques, et le cas échéant, des revenus, qui ont trait à la fonction ou à l'activité exercées. Ex.: service d'ergothérapie.

Heures rémunérées, non travaillées

Heures durant lesquelles les employés de l'établissement n'ont pas travaillé (congés de maladie, jours fériés, vacances, perfectionnement professionnel, congés pour décès, accidents de travail, etc.), pour lesquelles l'établissement leur a versé ou leur versera une rémunération. Ces heures font partie des heures rémunérées. LES HEURES TRAVAILLEES plus les HEURES REMUNEREES NON TRAVAILLEES plus les HEURES ACHETEES = les HEURES REMUNEREES. (Voir: dépenses brutes de rémunération.)

Heures normales de travail

Heures pour lesquelles un employé à temps complet sera rémunéré au cours d'une période définie. Le nombre d'heures normales de travail peut être propre à chacun des groupes professionnels ou des groupes de négociation collective. On peut l'exprimer annuellement, par exemple 1 950 heures par année, ou par rapport à d'autres périodes, par exemple 37,5 heures par semaine. Les heures normales ne comprennent pas les heures supplémentaires, les heures faites par suite d'un rappel au travail ni les heures en disponibilité.

Heures rémunérées

Toutes les heures pour lesquelles les employés de l'établissement ou d'agences extérieures ont été ou seront rémunérés par l'établissement. Les HEURES REMUNEREES sont la somme des HEURES TRAVAILLEES, des HEURES REMUNEREES NON TRAVAILLEES et des HEURES ACHETEES. (Voir: heures travaillées, heures achetées, heures rémunérées non travaillées.)

Heures achetées

Heures de travail du personnel non médical dont les services sont obtenus d'agences extérieures, rémunérées par l'établissement. (Voir: rémunération - personnel extérieur.)

Heures rémunérées du personnel professionnel qualifié

Les heures rémunérées des professionnels, y compris ceux de la même discipline qui ont la charge administrative du service. (Voir: personnel qualifié.)

Total des heures rémunérées

Sommes des éléments suivants:
- heures rémunérées du personnel de gestion et de soutien opérationnel;
- heures rémunérées du personnel producteur d'unités;
- heures rémunérées du personnel médical employé par l'établissement.

Heures travaillées

Heures pendant lesquelles les employés de l'établissement ont rempli les tâches qui leur incombaient. Les heures travaillées comprennent les pauses-café, les heures supplémentaires, les heures effectuées au moment d'un rappel au travail et les heures travaillées un jour férié mais excluent la pause-repas et les heures de disponibilité. Les heures travaillées sont une composante des heures rémunérées. Les HEURES TRAVAILLEES plus les HEURES REMUNEREES NON TRAVAILLEES plus les HEURES ACHETEES = les HEURES REMUNEREES.

Soins indirects

Activités qui complètent le diagnostic, l'évaluation ou le traitement d'un bénéficiaire donné et qui sont exercées lorsque celui-ci n'est pas en présence du thérapeute. (Se reporter à la page 64 pour de plus amples détails.)

Personnel de gestion et de soutien opérationnel

Personnel dont la fonction principale est la gestion ou le soutien de l'exploitation d'un service (par ex.: directeur, secrétaire, aide, etc.), bien qu'il puisse parfois dispenser des soins qui sont comptabilisés sous forme d'unités de service. Cette catégorie comprend les experts-conseils de l'extérieur, mais exclut les médecins, les résidents, les stagiaires, les internes et les étudiants.

Nouveau bénéficiaire

Bénéficiaire hospitalisé ou externe qui a été inscrit au service et qui a reçu des soins au cours de la période budgétaire courante. Sont inclus les bénéficiaires dont les dossiers ont été réouverts au cours de la période, après avoir été préalablement fermés. Un nouveau bénéficiaire peut ne recevoir que des soins de courte durée. Cette catégorie ne comprend pas ceux qui sont inscrits mais qui n'ont pas encore reçu de soins au cours de la période de rapport. Un bénéficiaire hospitalisé ne peut être comptabilisé comme "nouveau bénéficiaire" qu'une seule fois par hospitalisation, bien qu'il puisse interrompre le traitement temporairement et le reprendre par la suite alors qu'il est toujours hospitalisé, qu'il puisse être confié à un autre thérapeute à l'intérieur du même service, ou qu'un changement puisse être apporté au traitement durant l'hospitalisation.

En ce qui concerne les bénéficiaires externes, ils ne peuvent être comptabilisés comme "nouveaux bénéficiaires" qu'une seule fois pendant la période où le dossier demeure ouvert. Si un bénéficiaire hospitalisé reçoit son congé de l'établissement, son dossier est fermé et il devient un nouveau bénéficiaire externe.

Personnel non médical

Personnel de gestion, de soutien opérationnel et personnel producteur d'unités, tant de l'établissement que d'agences extérieures. Exclu le personnel médical.

Personnel qualifié

Se dit du personnel spécialisé, légalement autorisé à accomplir certains actes particuliers et à utiliser un titre professionnel. Ceci comprend l'immatriculation, l'agrément et toute autre approbation officielle.

Dépenses brutes de rémunération

Rémunération versée aux employés de l'établissement pour les heures travaillées et les heures rémunérées non travaillées. (Voir: heures travaillées; heures rémunérées non travaillées.)

Service

Ex.: service d'ergothérapie d'un établissement.

Thérapeute

Personne qui intervient directement auprès d'un bénéficiaire donné.

Equipe/secteur

Groupe d'employés du service d'ergothérapie qui se consacrent à la prestation de soins d'un groupe de bénéficiaires présentant des affections ou des incapacités semblables ou qui ont des handicaps semblables. Par exemple, l'ergothérapie en médecine physique et l'ergothérapie en psychiatrie peuvent constituer des centres d'activité distincts au sein du service d'ergothérapie.

Unité de temps

Chaque intervalle de 5 minutes de service d'ergothérapie consacré à un bénéficiaire (soins directs ou indirects).

Unité de mesure d'un service (unités pondérées)

Dans le cas des services diagnostiques et thérapeutiques, l'unité pondérée correspond à une minute du temps du personnel consacrée à la prestation de soins au bénéficiaire.

Personnel producteur d'unités

Personnel (à l'exclusion des médecins, des résidents, du personnel clérical, des internes et des étudiants) dont les tâches principales sont reliées à la mission même du service et dont le travail est comptabilisé en unités de mesure du service selon le système approprié de mesure du travail. Cependant, il peut parfois se livrer à des activités qui ne sont pas productrices d'unités (par ex.: perfectionnement professionnel, transport, tâches de gestion). Les besoins en personnel producteur d'unités peuvent varier de façon notable et directement en fonction du volume de travail.

Volume de travail

Ensemble des unités de service produites par un service donné. Par exemple, en matière de soins infirmiers et de service ambulatoire, le volume de travail s'exprime en "heures de soins", alors que dans les services diagnostiques et thérapeutiques, il s'exprime en unités totales ou en unités pondérées totales.

8.1.2 Prestation de soins ergothérapiques

A. Soins directs

i) Autonomie/Indépendance dans les activités humaines courantes

a) COMPOSANTES PHYSIQUES DANS LES ACTIVITES HUMAINES COURANTES - Habiletés à prendre soin de sa personne, comprend entre autres:

Soins de toilette et d'hygiène - Habiletés à accomplir: prendre un bain, faire sa toilette, se coiffer, se raser, se maquiller,...

Repas - Habiletés à accomplir: aspirer, mâcher, avaler, utiliser des ustensiles,...

Habillement - Habiletés à accomplir: choisir les vêtements appropriés, mettre ses vêtements dans l'ordre, les attacher,...

Mobilité fonctionnelle - Habiletés à accomplir: changer de position sans aide: se déplacer dans son lit, manoeuvrer un fauteuil roulant, faire des transferts (lit, toilette, fauteuil, auto) et se déplacer avec ou sans l'aide d'appareillage, se servir des moyens de transports publics et privés, notamment conduire une automobile.

Communication fonctionnelle - Habiletés à: utiliser des moyens qui améliorent ou rendent accessible la communication: écriture, tableaux de lettres ou de symboles, machines à écrire, téléphone, ordinateurs, synthétiseur de voix,...

Manipulation d'objets - Habiletés à: manipuler des objets d'utilisation courante: clés, monnaie, poignées de porte, commutateurs, colis, calculatrices,...

b) COMPOSANTES PSYCHO-SOCIALES DANS LES ACTIVITES HUMAINES COURANTES - Habiletés et aptitudes nécessaires pour développer le concept de soi et l'identité personnelle, faire face aux événements quotidiens et participer à la vie de son milieu. Incluent notamment les aptitudes suivantes:

Concept de soi/Identité personnelle - Percevoir nettement ses propres besoins, ses sentiments, ses conflits, ses croyances, ses valeurs, ses attentes, sa sexualité et son pouvoir.

- Percevoir de façon réaliste les besoins, les sentiments, les conflits, les valeurs, les croyances, les attentes, la sexualité et le pouvoir d'autrui.

- Connaître ses forces et ses faiblesses.

- Reconnaître sa propre compétence, ses réalisations, avoir l'estime de soi et du respect de soi.

- Intégrer de nouvelles expériences à la connaissance de soi.

- Avoir un instinct de sécurité et de protection.

- Percevoir ses objectifs et ses aspirations.

Adaptation aux situations de la vie quotidienne - Fixer des objectifs, choisir les actes appropriés, harmoniser et diriger les activités de la vie quotidienne en vue d'une performance optimale.

- Mesurer ses perceptions et ses objectifs par rapport à la réalité.

- Percevoir les changements et la nécessité de changements en soi et dans l'environnement.

- Orienter et réorienter l'énergie pour surmonter les difficultés, par ex. maîtriser son agressivité.

- Prendre des décisions, les mettre à exécution et s'y conformer par la suite.

- Se prendre en main et assumer les conséquences de ses actes, par ex. maîtriser son niveau de stress.

- Savoir échanger avec les autres, en couple et en groupe.

Participation à la vie communautaire - Habiletés et aptitudes à s'intégrer au système social.

- Comprendre les conventions sociales et leur importance pour la société.

- Planifier et réaliser les tâches de la vie quotidienne liées à la vie en société: établir un budget, gérer son temps, prévoir ses besoins en nourriture, remplir un rôle social, se trouver un logement, évaluer et utiliser les ressources communautaires.

- Reconnaître et satisfaire les besoins de la famille et des différents groupes sociaux.

- Comprendre et jouer un rôle dans la collectivité en tant que "donneur" et "receveur".

Travail - Participer à des activités utiles et productives au point de vue social. Ces activités comprennent entre autres:

- Le travail domestique: planification des repas, préparation et nettoyage, lessive, magasinage, utilisation sécuritaire des appareils ménagers, sécurité au foyer, réparations mineures et entretien.

- Soins des enfants et fonctions parentales: soins physiques des enfants, réalisation d'activités appropriées à l'âge, communication et comportements facilitant le développement de l'enfant.

- Préparation à la vie active: aptitudes à obtenir un emploi, aptitudes au travail, qualité du travail, habitudes de travail, aptitudes à l'organisation et à la participation.

Planification des loisirs - Choisir et exercer des activités de loisirs, d'expression de soi, de détente.

- Reconnaître ses besoins, ses intérêts et les ajustements à faire.

- Identifier les caractéristiques d'une activité qui en font un "jeu" pour l'individu.

- Reconnaître les activités ayant les caractéristiques d'un "jeu".

- Choisir, essayer et adapter les activités afin de permettre la participation.

- Connaître et utiliser les ressources communautaires.

ii) Habiletés sensori-motrices - Composantes sensorielles et motrices nécessaires pour les soins personnels, le travail et les loisirs.

Système neuro-musculaire - Composantes motrices qui comprennent entre autres les éléments suivants:

- Intégration des réflexes - Faciliter et maintenir le développement neuro-musculaire en provoquant ou en inhibant des réponses stéréotypées, organisées ou involontaires, coordonnées aux niveaux sous-cortical et cortical.

- Amplitude articulaire - Amplitude articulaire active et passive de même que l'amplitude articulaire active assistée.

- Coordination motrice grossière et fine - Contrôle musculaire, coordination et dextérité.

- Force et endurance.

Intégration sensorielle - Habiletés et aptitudes nécessaires au développement et à la coordination des inputs sensoriels, des activités motrices, de la rétroaction sensorielle, du déroulement chronologique. Ceci inclut entre autres les éléments suivants:

- Perception sensorielle: tactile, stéréognosique, kinesthésique, proprioceptive, contrôle oculaire, sens de l'équilibre, de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

- Perception de l'espace visuel et auditif: figures-fond, constance des formes, position dans l'espace.

- Intégration corporelle: schéma corporel, équilibre postural, coordination motrice bilatérale, discrimination entre la droite et la gauche, intégration visuo-motrice, croisement de la ligne médiane, praxie.

iii) Composantes cognitives - Utilisation des processus mentaux nécessaires pour connaître et comprendre, incluant notamment:

Orientation - Dans le temps et l'espace, et par rapport à autrui.

La compréhension et la conceptualisation - Concentration, durée de l'attention, mémoire.

Niveau de connaissances générales.

Intégration cognitive - Niveau général d'abstraction permettant de résoudre des problèmes concrets; comprend le jugement, la prise de décision et leur mise à exécution, ainsi que l'évaluation des résultats.

iv) Composantes psycho-sociales - Habiletés et aptitudes à l'autonomie, relations interpersonnelles et interaction en groupe.

Autonomie - S'exprimer et se maîtriser dans l'exercice des activités fonctionnelles et créatives.

i) S'exprimer - Percevoir ses propres sentiments, interpréter et utiliser toute une gamme de signes et de symboles de communication.

- Reconnaître et expérimenter toute une gamme d'émotions.

- Avoir un vocabulaire adéquat.

- Savoir écrire et s'exprimer verbalement.

- Interpréter et utiliser des signes et des symboles non verbaux de façon appropriée.

ii) Maîtrise de soi - Moduler et modifier de nouveaux comportements, et adopter de nouveaux comportements en rapport avec les besoins de la situation.

- Observer son propre comportement et celui d'autrui.

- Conceptualiser les problèmes en termes d'actions ou de changements de comportement nécessaires.

- Imiter de nouveaux comportements.

- Canaliser et réorienter son énergie vers des activités et des comportements réducteurs du stress.

Relations interpersonnelles - Aptitudes à avoir des rapports avec une autre personne.

- Comprendre les normes sociales et culturelles en matière de communication, fixer des limites pour soi et les autres.

- Accepter des compromis et négocier, faire face à la concurrence, à la frustration, à l'anxiété, au succès, à l'échec.

- Collaborer et entrer en concurrence avec autrui.

- Compter sur soi et sur les autres.

Interaction en groupe - Aptitudes à avoir des liens avec des groupes de trois personnes ou plus.

- Connaître et mettre en pratique toute une gamme de tâches, de rôles et de comportements psycho-sociaux.

- Comprendre les éléments de base de la dynamique d'un groupe.

- Participer dans un groupe dans un optique d'échanges.

v) Adaptations thérapeutiques - Conception et modification de l'environnement physique pour améliorer les performances en matière de soins personnels, de travail et de loisirs. Notamment, choisir, adapter et fabriquer un appareillage et montrer au bénéficiaire comment s'en servir et l'entretenir.

Orthèses - Attelles statiques et dynamiques, écharpes, vêtements compressifs, ayant pour but de maintenir l'alignement des articulations, de réduire la douleur, de protéger l'intégrité des articulations, d'améliorer la fonction, de diminuer la déformation et d'améliorer l'apparence.

Prothèses - Dispositifs servant à remplacer un membre et à améliorer la fonction.

Aides techniques - Dispositifs spéciaux, adaptation et aménagement du milieu de vie, modification des fauteuils roulants,...

vi) Prévention - Interventions visant à minimiser l'apparition ou les effets d'une pathologie et à prévenir l'invalidité.

- Conservation de l'énergie.

- Protection des articulations mécaniques corporelles.

- Positionnement.

- Harmoniser des soins personnels de base, de travail, de loisirs et de repos afin d'obtenir un rendement optimal.

B. Soins indirects

i) Adaptation thérapeutique

Inscrire le temps consacré à la conception, à la fabrication, au montage et à la vérification d'attelles et d'orthèses, de l'équipement adapté, des aides techniques, des systèmes de contrôle de l'environnement et des prothèses pour un bénéficiaire donné.

ii) Traitement et préparation

Temps consacré à la préparation matérielle du traitement ou de l'évaluation de bénéficiaires ou de groupes de bénéficiaires. Ceci n'inclut pas l'acquisition d'équipement et de fournitures, l'élaboration ou la réorganisation de programmes, la résolution de problèmes et autres activités similaires qui ne s'appliquent pas directement au traitement courant d'un bénéficiaire ou d'un groupe de bénéficiaires. Ces tâches sont considérées comme des tâches administratives et il faut les inscrire sous la rubrique des tâches autres que la prestation de soins dans le système élargi.

iii) Consultations, réunions, cliniques concernant des bénéficiaires en traitement en ergothérapie

Réunions officielles périodiques et communications informelles (y compris les communications téléphoniques) en vue de l'examen de résultats d'évaluation, de la planification de traitements, de la résolution de problèmes, de la surveillance de l'évolution de cas, des congés et du suivi de la post-cure. AVEC les médecins et le personnel soignant, les familles et d'autres dispensateurs de soins, les services sociaux et de santé communautaire et les employeurs.

iv) Dossiers et rapports concernant les bénéficiaires

Toutes les formes de communication écrite et de documents reliés à un bénéficiaire donné. Sont incluses les tâches qui consistent à documenter les résultats de l'évaluation, les programmes de traitement, les problèmes et leur solution, le congé et le suivi post-cure; à préparer la correspondance pertinente, les résumés de traitement, les rapports d'évolution et de congé, à lire des dossiers, des rapports et des évaluations concernant un bénéficiaire donné.

v) Visites à domicile ou dans la communauté (bénéficiaire non présent)

Inscrire le temps consacré aux visites du domicile d'un bénéficiaire, à d'autres établissements, à l'école ou au lieu de travail, au service d'assistance sociale ou ailleurs, dans le but d'évaluer les barrières architecturales ou autres obstacles qui pourraient compromettre l'autonomie ou la sécurité du bénéficiaire; pour vérifier et évaluer l'efficacité des changements recommandés; pour enseigner ou démontrer à la famille et aux autres dispensateurs de soins, aux enseignants, aux employeurs et au personnel d'autres services communautaires comment répondre aux besoins particuliers du bénéficiaire en matière de soins personnels, de travail et de loisirs.

NOTE - Si le déplacement de l'ergothérapeute vise un objectif thérapeutique précis, inscrire ce temps sous la rubrique des soins directs, par exemple: évaluation de l'aptitude à conduire un véhicule, familiarisation et orientation dans le milieu et l'évaluation de l'aptitude du bénéficiaire à vivre dans son milieu.

8.1.3 Tâches autres que la prestation des soins

A. Fonctions de soutien

i) Gestion du service

- Embauche, organisation, orientation, affectation, supervision et évaluation du personnel.

- Préparation et contrôle du budget.

- Compilation de données en vue de la rédaction de rapports et à des fins de gestion.

- Rédaction de rapports non reliés à des bénéficiaires donnés ou en traitement.

- Elaboration et mise en oeuvre de politiques et procédures du service; mise en oeuvre des politiques et procédures de l'établissement.

- Activités reliées à l'agrément, c'est-à-dire préparation en vue d'une enquête d'agrément officielle plutôt que d'une opération courante du contrôle et de l'assurance de la qualité.

ii) Réunions des employés du service

- Réunions officielles et officieuses du personnel du service dans le but de partager des informations concernant l'exploitation du service et de l'établissement.

iii) Gestion de la charge de travail

- Affectation des cas.

- Préparation d'horaires de traitement.

- Administration des nouvelles références.

iv) Planification et gestion de programmes

- Activités administratives reliées à la planification, l'organisation, la direction et le contrôle des programmes de services aux bénéficiaires.

v) Entretien du service

- Comprend notamment les activités liées au maintien d'un environnement sécuritaire et sain et à l'entretien du matériel et au contrôle de l'inventaire.

vi) Statistiques

- Inscription et calcul de la charge de travail et autres données statistiques.

B. Services fournis à l'institution, à la communauté, à la profession

Le temps consacré aux activités suivantes doit être inscrit, à condition que celles-ci soient exercées durant les heures de travail rémunérées, y compris les heures supplémentaires rémunérées.

i) Conseils d'administration, bureau de direction, représentant d'association

- Toutes les activités reliées à la participation à des conseils ou à des comités de l'institution ou d'organismes communautaires. Ceci comprend la présence aux réunions, ainsi que la préparation ou l'exécution de tâches remplies en dehors des réunions telles que la collecte d'informations, l'examen des procès-verbaux, la rédaction de rapports, etc., en temps supplémentaires.

ii) Informations et relations publiques

- Toutes les activités touchant la préparation et la présentation de documents ou données destinés à l'information de personnes extérieures au service d'ergothérapie ou à l'établissement: tels que les services sociaux communautaires, le personnel ou les services de d'autres institutions et le grand public. (La formation clinique au personnel de l'institution est exclue.)

- Entrevues avec les représentants des médias.

- Organisation de visites du service à l'intention de visiteurs de l'extérieur (à l'exception des étudiants du domaine médical).

iii) Consultations

Temps consacré, avec des professionnels ou d'autres membres du personnel de l'établissement, à régler des questions nécessitant une certaine expertise, par ex. l'accessibilité à l'intérieur de l'établissement, participation à des "cliniques" à l'extérieur de l'établissement, consultation à un autre professionnel de l'extérieur de l'établissement.

iv) Services fournis à la profession

Temps consacré durant les heures normales de travail à divers comités relatifs à la profession d'ergothérapeute.

C. Enseignement clinique

Enseignement des principes et des connaissances reliés à l'ergothérapie et aux soins de santé par le biais de conférences, de démonstrations, d'observation ou de participation directe des étudiants.

i) Etudiants et internes en ergothérapie

L'orientation, la formation et la surveillance des étudiants ou des internes en ergothérapie, soit avant, soit durant leur stage, ainsi que les préparatifs connexes à la formation, à l'exception du temps consacré aux soins donnés à des bénéficiaires pendant la période d'enseignement, qui est inscrit sous la rubrique des soins directs.

ii) Autres étudiants et professionnels de la santé

La préparation, l'orientation et l'enseignement des principes reliés à l'ergothérapie et des relations de travail multidisciplinaire aux autres étudiants et professionnels de l'établissement.

iii) Cours

Toutes les activités touchant la préparation et la présentation de documents et de matériel destinés à la formation des étudiants et des internes, dans le cadre de leur programme d'études.

NOTE: Le temps consacré par l'ergothérapeute à son propre perfectionnement professionnel est considéré comme faisant partie des "heures rémunérées, non travaillées" (voir le glossaire) et non pas des heures travaillées. Ce temps n'est donc pas inscrit dans le système de mesure du travail, mais il devra être inscrit au service de la paye.

D. Assurance de la qualité

Les phases de la gestion du service qui servent à maintenir et à documenter les normes des services d'ergothérapie.

- L'élaboration, la mise en oeuvre, l'évaluation et la documentation des politiques et procédures du service visant à offrir un traitement uniforme et de qualité. Ces politiques comprennent, entre autres éléments, les méthodes relatives aux normes qui régissent la pratique de l'ergothérapie, la santé et la sécurité, la lutte contre les infections et le comportement éthique.

- Les activités qui sont nécessaires pour s'assurer, sur une base régulière, de la conformité aux normes d'un organisme d'agrément, ou d'autres modes d'agrément, qu'elles soient volontaires ou imposées.

- L'évaluation de la documentation, sur la base de critères élaborés au sein de l'établissement ou par le corps professionnel.

- L'évaluation et la documentation permanentes des moyens de contrôle de la qualité des soins dispensés.

E. Recherche

Investigations cliniques conçues et approuvées en bonne et due forme, visant à améliorer la qualité des services d'ergothérapie, par l'utilisation de méthodes et de techniques scientifiques reconnues. Toutes les activités reliées à l'examen des recherches précédentes, la rédaction de projets de recherche, l'inscription et l'analyse de données et la rédaction de rapports sont comprises, ainsi que les réunions et l'administration du budget. La prestation de services cliniques qui constituent ou font partie du projet de recherche, est exclue.

ANNEXE 8.2
FIGURE 8-1

DOSSIER PERIODIQUE DU BENEFICIAIRE

NOM DU BENEFICIAIRE _____ PERIODE/ANNEE _____ ERGOTHERAPEUTE _____

☐ HOSPITALISE ☐ NOUVEAU BENEFICIAIRE

☐ BENEFICIAIRE EXTERNE ☐ BENEFICIAIRE REPORTE EN TRAITEMENT

SERVICE/PROGRAMME _____

DATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total des unités de temps p.c.		Unités pondérées par cat.	
SOINS INDIRECTS																																	x 5=		
CAT. I																																	x 5=		
CAT. II																																	x 3=		
CAT. III																																	x 1=		
CAT. IV																																	x .66=		
CAT. V																																	x .50=		
CAT. VI																																	x .33=		
CAT. VII																																	x .25=		
JOUR DE TRAIT.																																	x .20=		

A B C

TOTAL DES JOURS DE TRAITEMENT

OU PLUSIEURS BENEFICIAIRES SUR UNE SEULE PAGE

ANNEXE 8.2
FIGURE 5-1

FICHE DE TRAVAIL

ERGOTHERAPEUTE _____ PERIODE _____ ☐ HOSPITALISES

PROGRAMME/SECTION _____ ANNEE _____ ☐ EXTERNES

COLONNE 1

UNITES DE TEMPS PAR CATEGORIE								
Soins indirects	I	II	III	IV	V	VI	VII	Jours de traitem.

ANNEXE 8.2
FIGURE 7-1

DOSSIER PERIODIQUE DES UNITES DE TEMPS ET DES JOURS DE TRAITEMENT

ERGOTHERAPEUTE _____ PERIODE _____ ANNEE _____

PROGRAMME/SECTION _____

SOINS INDIRECTS
SOINS DIRECTS

HOSPITALISES ☐
EXTERNES ☐

NOM Date	BENEFICIAIRES REPORTES EN TRAITEMENT	NOUVEAUX BENEFICIAIRES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 ... 19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL PAR BENEFICIAIRE: UNITES DE TEMPS	TOTAL PAR BENEFICIAIRE: JOURS DE TRAITEMENT
TOTAL DES BENEFICIAIRES REPORTES ET EN TRAITEMENT																											TOTAL DES UNITES DE TEMPS	
TOTAL DES NOUVEAUX BENEFICIAIRES																											TOTAL DES JOURS DE TRAITEMENT	

ANNEXE 8.2
FIGURE 7-2

RESUME PERIODIQUE DE L'ERGOTHERAPEUTE/SECTEUR/PROGRAMME/SERVICE

ERGOTHERAPEUTE _____ PERIODE _____ ANNEE _____

PROGRAMME/SECTEUR _____

	JOURS DE TRAITEMENT	UNITES DE TEMPS		UNITES PONDEREES		NOMBRE DE BENEFICIAIRES EN COURS DE TRAITEMENT	NOMBRE DE NOUVEAUX BENEFICIAIRES
		SOINS DIRECTS	SOINS INDIRECTS	SOINS DIRECTS	SOINS INDIRECTS		
HOSPITALISES							
EXTERNES							
TOTAUX							

TOTAL DES UNITES DE TEMPS DE PRESTATION DE SOINS

TOTAL DES UNITES PONDEREES DE PRESTATION DE SOINS

ANNEXE 8.3

TABLE DE CONVERSION DU COEFFICIENT DE PONDERATION MOYEN (UP/UT) (2 DECIMALES) EN TAILLE MOYENNE DU GROUPE (1 DECIMALE)

TAILLE MOYENNE DU GROUPE	INTERVALLE UP/UT		TAILLE MOYENNE DU GROUPE	INTERVALLE UP/UT
1.0	4.895 - 5.000		7.0	.772 - .782
1.1	4.695 - 4.895		7.1	.761 - .772
1.2	4.495 - 4.695		7.2	.749 - .761
1.3	4.295 - 4.495		7.3	.738 - .749
1.4	4.095 - 4.295		7.4	.728 - .738
1.5	3.895 - 4.095		7.5	.716 - .728
1.6	3.695 - 3.895		7.6	.705 - .716
1.7	3.495 - 3.695		7.7	.694 - .705
1.8	3.295 - 3.495		7.8	.682 - .694
1.9	3.095 - 3.295		7.9	.672 - .682
2.0	2.895 - 3.095		8.0	.663 - .672
2.1	2.695 - 2.895		8.1	.658 - .663
2.2	2.495 - 2.695		8.2	.652 - .658
2.3	2.295 - 2.495		8.3	.646 - .652
2.4	2.095 - 2.295		8.4	.641 - .646
2.5	1.975 - 2.095		8.5	.636 - .641
2.6	1.935 - 1.975		8.6	.631 - .636
2.7	1.895 - 1.935		8.7	.624 - .631
2.8	1.855 - 1.895		8.8	.619 - .624
2.9	1.815 - 1.855		8.9	.614 - .619
3.0	1.775 - 1.815		9.0	.608 - .614
3.1	1.735 - 1.775		9.1	.602 - .608
3.2	1.695 - 1.735		9.2	.597 - .602
3.3	1.655 - 1.695		9.3	.592 - .597
3.4	1.615 - 1.655		9.4	.586 - .592
3.5	1.575 - 1.615		9.5	.579 - .586
3.6	1.535 - 1.575		9.6	.574 - .579
3.7	1.495 - 1.535		9.7	.569 - .574
3.8	1.455 - 1.495		9.8	.564 - .569
3.9	1.415 - 1.455		9.9	.558 - .564
4.0	1.375 - 1.415		10.0	.552 - .558
4.1	1.335 - 1.375		10.1	.547 - .552
4.2	1.295 - 1.335		10.2	.542 - .547
4.3	1.255 - 1.295		10.3	.536 - .542
4.4	1.215 - 1.255		10.4	.531 - .536
4.5	1.175 - 1.215		10.5	.525 - .531
4.6	1.135 - 1.175		10.6	.519 - .525
4.7	1.095 - 1.135		10.7	.514 - .519
4.8	1.055 - 1.095		10.8	.508 - .514
4.9	1.015 - 1.055		10.9	.503 - .508
5.0	.994 - 1.015		11.0	.498 - .503
5.1	.984 - .994		11.1	.494 - .498
5.2	.972 - .984		11.2	.491 - .494
5.3	.961 - .972		11.3	.487 - .491
5.4	.949 - .961		11.4	.483 - .487
5.5	.938 - .949		11.5	.479 - .483
5.6	.928 - .938		11.6	.476 - .479
5.7	.916 - .928		11.7	.472 - .476
5.8	.906 - .916		11.8	.468 - .472
5.9	.894 - .906		11.9	.465 - .468
6.0	.884 - .894		12.0	.461 - .465
6.1	.872 - .884		12.1	.457 - .461
6.2	.861 - .872		12.2	.454 - .457
6.3	.849 - .861		12.3	.449 - .454
6.4	.838 - .849		12.4	.446 - .449
6.5	.828 - .838		12.5	.442 - .446
6.6	.816 - .828		12.6	.439 - .442
6.7	.806 - .816		12.7	.435 - .439
6.8	.794 - .806		12.8	.431 - .435
6.9	.782 - .794		12.9	.428 - .431

ANNEXE 8.4

LISTE DES OUVRAGES RECOMMANDES

1. "M.I.S. Project - overview and framework";
   Betty Lowry - Dimensions in Health Service
   Vol. 60 No. 3 March 1983

---

2. Guidelines for Management Information Systems in Canadian Health Care Facilities (publication prévue pour 1985)